

産科医療特別給付事業

給付申請用 専用診断書

診断書作成の手引き



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

目 次

はじめに.....	1
I. 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.....	4
II. 診断書作成にあたっての留意事項	
（１）産科医療特別給付事業の特徴.....	5
（２）診断書作成にあたっての基本的な考え方.....	6
（３）診断時期.....	8
（４）重度の運動障害についての判断目安.....	8
（５）除外基準についての判断目安.....	11
【参考】	
（参考１）特別給付の対象となる者の全体像.....	13
（参考２）必要書類および給付対象外とする場合.....	14
（参考３）産科医療補償制度に未申請の児が生後６ヶ月以降早期に亡くなった場合 の重度脳性麻痺の判断.....	15
III. 「給付申請用 専用診断書」の留意点と記入例	
（１）（総括表）脳性麻痺診断書：総括-1・総括-2・総括-3・総括-4 ..	18
（２）検査結果：検査-1・検査-2 ..	28
（３）脳性麻痺の状況及び所見：所見-1・所見-2・所見-3 ..	32

はじめに

産科医療特別給付事業（以下「本事業」という）は、産科医療補償制度が出生年ごとの審査基準に基づき適正な審査を行っている中で、2021年12月末日に廃止された産科医療補償制度の個別審査で補償対象外となった児等のうち、2022年1月改定基準に相当する給付対象の基準を満たす場合に、特別給付金を特例的に支給することを目的としています。

特別給付金の給付のためには、脳性麻痺の重症度等を正確に診断することが必要であることから、給付申請の際の診断書については、独自の診断項目を設け、本事業の「産科医療特別給付事業 給付申請用 専用診断書」（以下「診断書」という）としました。

本手引きは、診断書の作成が円滑に進むよう、診断書の概要や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。

診断書作成にあたりましては、本手引きに従って、診断、記入されるようお願いします。

公益財団法人 日本医療機能評価機構
理事 鈴木 英明

I. 診断書の概要

(1) 診断書の位置づけ

本事業の診断書は、給付申請者（児またはその保護者）が分娩機関または運営組織である日本医療機能評価機構（以下、「評価機構」という）に給付申請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によって作成されます。

産科医療補償制度に未申請の給付申請者は、分娩機関から診療録または助産録および検査データの写し等を取得し、また診断書作成に必要な書類を取得します。その後、診断書については、作成資格を有する診断医に作成を依頼します。その後、必要書類を作成・準備し、作成済みの診断書と併せて運営組織に提出します。なお、分娩機関は診療録、助産録および検査データの写し等について、運営組織に直接提出することができ、その場合、給付申請者は運営組織に対してこれらを送付する必要はありません。

産科医療補償制度に補償申請済みの給付申請者は、分娩機関からの診療録または助産録および検査データの写し等の取得を省略し、診断書について、作成資格を有する診断医に作成を依頼します。その後、必要書類を作成・準備し、作成済みの専用診断書と併せて運営組織に提出します。

評価機構は、評価機構内に設置した産科医、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において、提出された書類をもとに審査を行い、給付対象の認定可否を判断します。

本手引きは、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。

なお、診断書は Excel 版も用意しており、本事業ホームページよりダウンロードを行うことができます。Excel 版で作成する場合は、以下の要領に沿って、ファイルのダウンロードを行ってください。

【産科医療特別給付事業 給付申請用 専用診断書 Excel 版 ダウンロード要領】

1. 産科医療特別給付事業ホームページ内の「産科医療特別給付事業 給付申請用 専用診断書ダウンロード」ページにアクセスしてください。

産科医療特別給付事業

検索

でトップページにアクセスし、

「診断医の皆様へ」－「専用診断書ダウンロード」へお進みください。

2. 「専用診断書 Excel 版使用上のご注意」を十分に確認した上で、「専用診断書ダウンロード」よりダウンロードを行ってください。

【ご注意】

- Excel 版は、診断書をパソコン上で作成できるよう用意したものであり、診断書の内容は冊子の診断書と同様です。
- 作成後の診断書は、Excel ファイルのまま提出することはできません。必ず紙面に印刷し、表紙に印した 2 箇所をホチキスでとめて提出してください。
- 診断書の内容は変更することがありますので、Excel 版で診断書を作成する場合は、必ずその都度ダウンロードを行ってください。

（２）診断書を作成できる医師の条件

診断書を作成できる医師については、本事業における給付対象や金額等について定めた実施要綱において、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専門医の認定を受けた医師
- 日本神経学会の定める神経内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。

Ⅱ. 診断書作成にあたっての留意事項

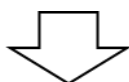
(1) 産科医療特別給付事業の特徴

本事業は、①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の脳性麻痺であることについて、正確に診断を行う必要がある、②すべ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2点が特徴であり、これらの点を考慮して診断や審査を行う必要があります。

本事業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、本事業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、将来的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給付対象とする視点から、本事業独自の診断基準に基づき、審査を行います。

	本事業の診断基準	身体障害認定基準
対象となる障害	○対象を重度脳性麻痺に特化	○すべての障害を対象
再認定の有無	○給付対象と認定した場合、再認定は行わない(等級の変更による給付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	○原則、2025年以降の申請時点の年齢で診断(児が亡くなっている場合を除く)	○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



正確に脳性麻痺に特化して診断を行うため、身体障害者福祉法の身体障害認定基準によるものではなく、本事業専用の診断書をもとに、本事業独自の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

本事業は、産科医療補償制度において、2021年12月末日に廃止された産科医療補償制度の個別審査で補償対象外となった児等のうち、2022年1月改定基準に相当する給付対象の基準を満たす場合に給付金を支払う事業です。給付対象基準の定める期間中に一定の条件（在胎週数、出生体重）で出生し、重度脳性麻痺（※）になったこと、および「先天性や新生児期の要因によらない脳性麻痺であること」をもって特別給付の対象と判断することとしています。したがって、（１）または（２）に示した期間および在胎週数、出生体重の基準に該当しない児は一律に給付の対象外となります。

【給付対象基準の定める期間、在胎週数、出生体重】

（１）平成21年（2009年）以降平成26年（2014年）末日までに出生した児

在胎週数28週以上33週未満で出生し脳性麻痺になった児、

または 在胎週数33週以上かつ2,000 g 未満で出生し脳性麻痺になった児

（２）平成27年（2015年）以降令和3年（2021年）末日までに出生した児

在胎週数28週以上32週未満で出生し脳性麻痺になった児、

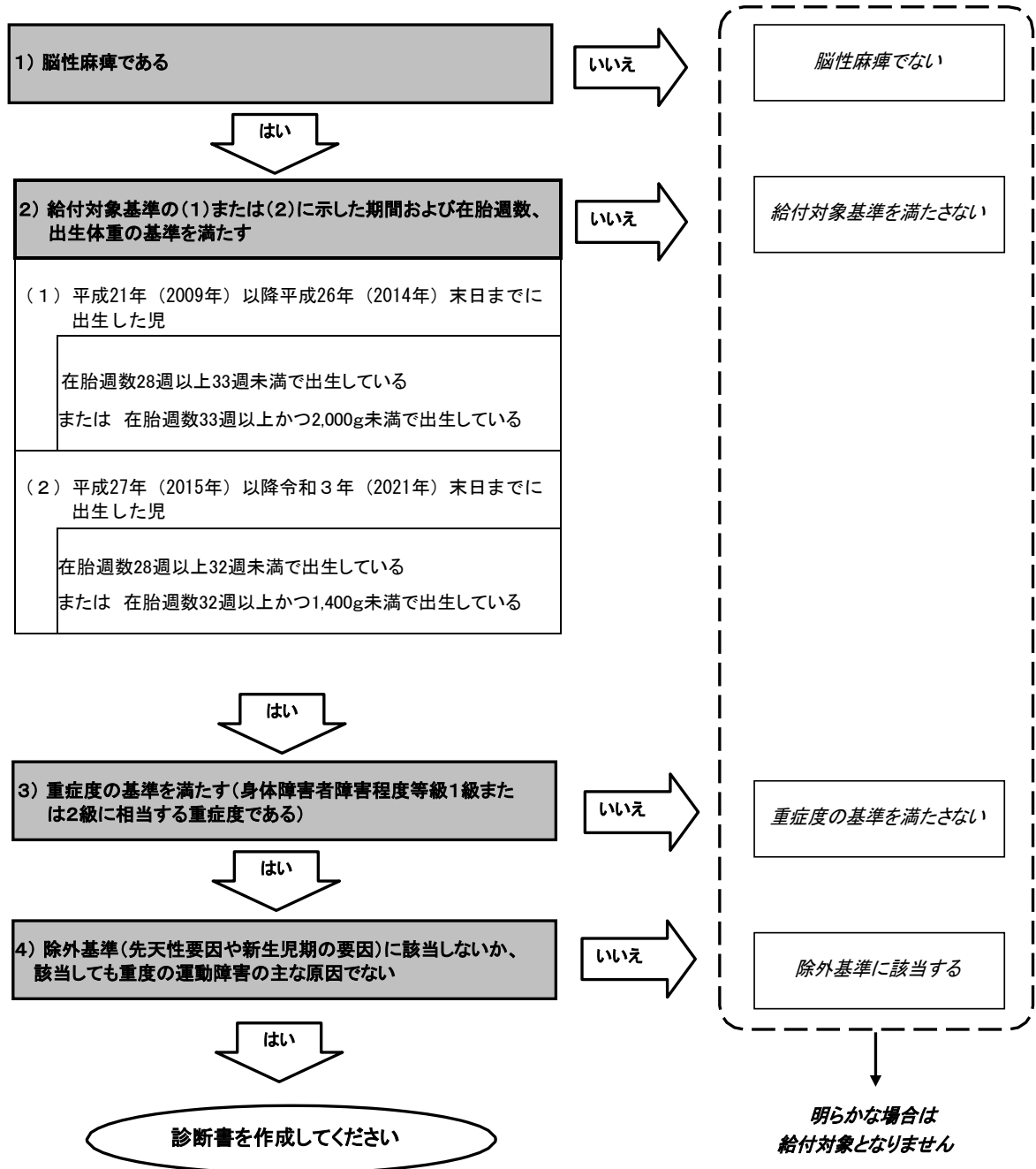
または 在胎週数32週以上かつ1,400 g 未満で出生し脳性麻痺になった児

本診断書においては、主に①脳性麻痺であること、②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1級または2級に相当する重症度であること、③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。

個々の事案が本事業の「給付対象となる脳性麻痺の基準」に該当するか否かの最終的な判断は、審査委員会が行います。

なお、脳性麻痺は、実施要綱において、「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う。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く。」と定義しています。

診断書作成まで(イメージ)



（３）診断時期

脳性麻痺の定義または除外基準の診断時期については、2025年以降の給付申請時点の児の最新の状況について最新の医学的知見に基づいて審査します。

重症度の診断時期については、2025年以降の給付申請時点で児が5歳以上の場合は、給付申請時点の状態で判断します。また、給付申請時点で児が5歳未満の場合は、産科医療補償制度と同様に身体障害者障害程度等級1級または2級に相当する状態が5歳以降も継続するか否かで判断します。

以下の場合は、早い年齢では診断や障害程度の判定が困難であるため、適切な時期に診断を行ってください。

「下肢・体幹運動」「上肢運動」のいずれかの障害程度では重症度の基準を満たしていないが、下肢・体幹および上肢の両方に障害がある場合（片麻痺等）	原則、2025年以降の申請時点の年齢の診断書および動画の提出 ※ただし、児が4歳未満の場合は、4歳以降に診断を行ってください。
--	--

なお、本事業の申請期間は、2025年1月10日～2029年末日までであるため、申請期間に間に合うよう診断書をご作成ください。

（４）重度の運動障害についての判断目安

以下の解説は、重症度の基準を満たすか否かを判定する上での目安であり、審査委員会においては、脳性麻痺の型、麻痺部位、合併症等の診断書所見、および写真や動画等に基づき審査を行い、総合的に判断し、以下のとおり判断します。

- ・給付申請時点で5歳未満の場合：身体障害者障害程度等級1級・2級相当の状態が5歳以降も継続することが明らかである場合
- ・給付申請時点で5歳以上の場合：給付申請時点の状態が身体障害者障害程度等級1級または2級に相当する場合

審査の結果、重症度の基準を満たさないと判断された場合は、給付対象外となります。

ア．下肢・体幹運動

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。

将来実用的な歩行が可能か否かについての判断は、以下に示す判断目安を参考にしてください。以下の状態が認められる場合は、将来実用的な歩行が困難と考えられ、重症度の基準を満たすと考えられます。

個々の事例について、重症度の基準を満たすか否かの最終的な判断は、審査委員会が行います。

<下肢・体幹の運動障害についての判断目安>

年齢	重症度の基準を満たすと考えられる児の状態
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困難である
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困難である
1歳6ヶ月から2歳未満	肘這いが困難、床に手をつけた状態であっても介助なしでは坐位姿勢保持が困難である
2歳から3歳未満	寝ている状態から介助なしに坐位に起き上がることが困難である
3歳から4歳未満	つかまり立ち、交互性の四つ這い、伝い歩き、歩行補助具での移動（介助あり）のすべての動作が困難である ただし、下肢装具なしの状態で、つかまり立ち、交互性の四つ這い、伝い歩き、歩行補助具での移動（介助あり）のいずれか一つの動作が可能であったとしても、他の動作が困難な場合には、児の発達段階を考慮し、基準を満たすことがある
4歳以降	下肢装具や歩行補助具を使用しないと、安定した歩行、速やかな停止、スムーズな方向転換が困難である

イ．上肢運動

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重症度の基準を満たします。

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。

以下の状態が認められる場合は、重症度の基準を満たすと考えられます。

個々の事例について、重症度の基準を満たすか否かの最終的な判断は、審査委員会が行います。

＜上肢の運動障害についての判断目安＞

障害のある上肢	重症度の基準を満たすと考えられる児の状態
一上肢のみの障害	障害側の基本的な機能が全廃している
両上肢の障害	脳性麻痺による運動機能障害により、食事摂取動作が一人では困難で、かなりの介助を要する

なお、上肢の運動障害について、写真のみでは障害程度の判断が困難と考えられる場合は、上肢での動作の状況（握る、つかむ、物に手をのぼす等の動作や食事の動作等）を撮影した動画を追加でお願いすることがあります。

ウ．下肢・体幹および上肢運動

「下肢・体幹の運動障害」または「上肢の運動障害」のいずれかによる障害程度の判定では重症度の基準を満たさない場合でも、下肢・体幹および上肢の両方に障害がある場合（片麻痺等）は、下肢・体幹および上肢の運動障害の総合的な判断で重症度の基準を満たすことがあります。

個々の事例について、重症度の基準を満たすか否かの最終的な判断は、審査委員会が行います。

例）片麻痺の場合

障害側の一上肢に著しい障害※¹があり、かつ障害側の一下肢に著しい障害※²がある場合は、総合的な判断で基準を満たすと考えられます。

※1 一上肢の著しい障害とは「握る程度の簡単な動き以外はできない状態」とします。

※2 一下肢の著しい障害とは「4歳以降で、手すりにすがらなければ階段をあがることが困難な状態」とします。

なお、片麻痺で給付申請を行う際、写真のみでは障害程度の判断が困難と考えられる場合は、歩行（階段昇降等）や上肢での動作の状況（握る、つかむ、物に手をのぼす等の動作や食事の動作等）を撮影した動画を追加でお願いすることがあります。

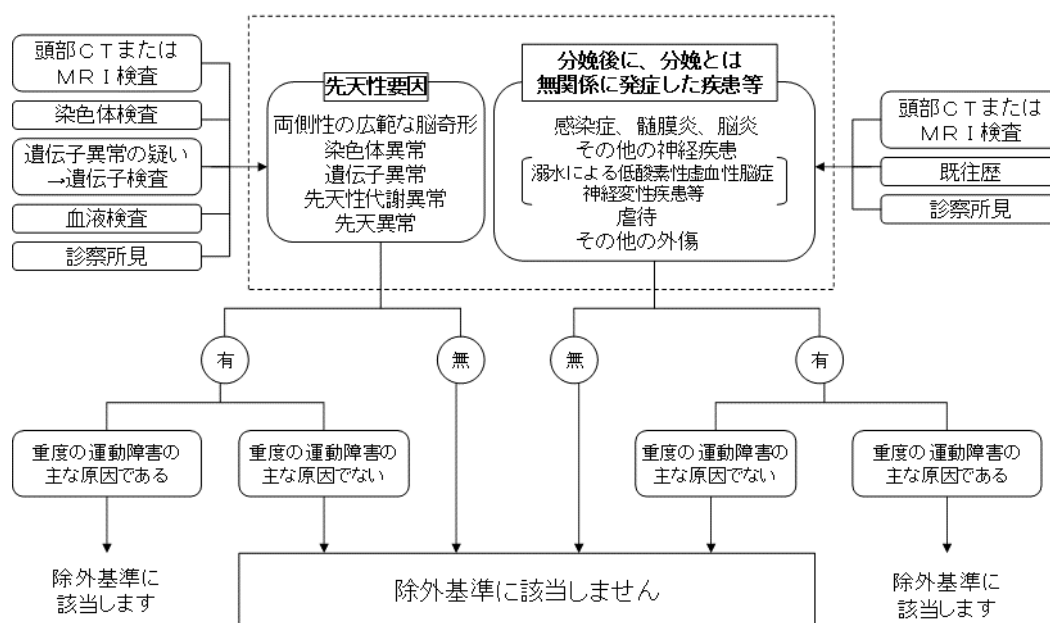
（５）除外基準についての判断目安

本事業では、児の先天性要因や新生児期の要因等による脳性麻痺は、除外基準に該当するとして給付対象外としています。

診断書では、児の先天性要因や新生児期の要因に該当する疾患等の有無、およびその疾患等と重度の運動障害との関係について診断を行っていただきます。

なお、児の先天性要因や新生児期の要因に該当する疾患等がある場合でも、一律に給付対象外とするのではなく、先天性要因や新生児期の要因の存在が明らかであるか否か、およびそれら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あるか否かなどについては、審査委員会において個々の事例ごとに判断します。

除外基準について(イメージ)



ア．先天性要因

「先天性要因」とは、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をいいます。

先天性要因の存在が明らかであり、かつその先天性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ある場合は、除外基準に該当します。

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。

先天性要因により「脳性麻痺の原因となり得る分娩時の事象」が生じていることが明らかであり、かつその事象が重度の運動障害の主な原因であることが明らかである場合は、除外基準に該当します。例えば、先天性心疾患と出生時の仮死が両方認められ、先天性心疾患が出生時の仮死の主な原因であることが明らかであり、出生時の仮死が重度の運動障害の主な原因であることが明らかである場合、除外基準に該当します。

先天性要因が存在しても、それが「脳性麻痺の原因となり得る分娩時の事象」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。

イ．新生児期の要因

「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、その他の外傷等）をいいます。

新生児期の要因の存在が明らかであり、かつ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ある場合は、分娩以外の要因による脳性麻痺であるため、除外基準に該当します。

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。

分娩時の要因による軽度の運動障害（身体障害者障害程度等級１級または２級相当でない運動障害）が、分娩後に分娩とは無関係に生じた要因により重篤化したことが明らかである場合は、除外基準に該当します。

【参考】

（参考１）特別給付の対象となる者の全体像

特別給付の対象となる者は、図１のとおりです。

図１ 特別給付の対象となる者の全体像

給付対象基準、除外基準、重症度の基準の3つの要件を全て満たす場合に特別給付の対象となる。			
特別給付事業		自民党の枠組み	
2009年～2014年に出生した児		2015年～2021年に出生した児	
在胎週数・出生体重・脳性麻痺の定義 3つの要件	○ 特別給付の対象となる者は、2009年以降2014年末までに、在胎週数28週以上33週未満で出生した児または在胎週数33週以上かつ2,000g未満で出生した児 ※この在胎週数、出生体重の基準に該当しない児は一律に給付の対象外となる。	○ 特別給付の対象となる者は、2015年以降2021年末までに、在胎週数28週以上32週未満で出生した児または在胎週数32週以上かつ1,400g未満で出生した児	○ ①次の対象期間中に一定の条件（在胎週数、出生体重）で出生し、脳性麻痺になったこと【給付対象基準】 ・平成21年（2009年）以降平成26年（2014年）末日までに、在胎週数28週以上33週未満で出生し脳性麻痺になった児または在胎週数33週以上かつ2,000g未満で出生し脳性麻痺になった児 ・平成27年（2015年）以降令和3年（2021年）末日までに、在胎週数28週以上32週未満で出生し脳性麻痺になった児または在胎週数32週以上かつ1,400g未満で出生し脳性麻痺になった児
	○ 脳性麻痺であること 「脳性麻痺」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する運動または姿勢の異常をいう。ただし、進行性疾患、一過性の運動障害また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く。		
	○ 先天性要因および新生児期の要因によらない脳性麻痺であること （１）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、先天異常 （２）新生児期の要因 分娩後の感染症等 また、児が生後6カ月未満で死亡した場合は、給付の対象としない。 ※「先天性要因」に示される疾患等があっても、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」に該当しないことになる。 ※「新生児期の要因」（感染症等）であっても、妊娠や分娩とは無関係に発症したものであることが明らかでない場合は、「除外基準」に該当しないことになる。		○ ②先天性や新生児期の要因によらない脳性麻痺であること【除外基準】
○ 身体障害者障害程度等級1級または2級相当の脳性麻痺であること ※重症度については、身体障害者手帳の障害程度等級）を参考にして判断するが、そのものによるのではなく、特別給付事業の専用診断書および診断基準によるものとする。 重度の運動障害については、「下肢・体幹」と「上肢」に分けて、それぞれの障害の程度によって基準を満たすか否かの判定を行う。 なお、「下肢・体幹の運動障害」または「上肢の運動障害」のいずれかによる障害程度の判定では重症度の基準を満たさない場合でも、下肢・体幹および上肢の両方に障害がある場合（片麻痺等）は、下肢・体幹および上肢の運動障害の総合的な判断で基準を満たすことがある。 ※「下肢・体幹」に関しては、将来実用的な歩行が不可能と考えられる状態、「上肢」に関しては、両上肢（両腕）では握る程度の簡単な動き以外ができない状態、また一上肢（片腕）では機能が全廃した状態を「重度の運動障害をきたすと推定される状態」とする。 なお、「実用的な歩行」とは、「装具や歩行補助具（杖、歩行器）を使用しない状態で、立ち上がり、立位保持ができ、10メートル以上つかまらずに歩行し、さらに静止することを全てひとりでできる状態」とする。		○ ③身体障害者障害程度等級1級又は2級相当の脳性麻痺であること【重症度の基準】	
前提条件		○ 産科医療補償制度加入分娩機関と妊産婦が産科医療補償制度の補償の契約を結んだうえで、掛金相当分を支払っていること	○ 産科医療補償制度加入分娩機関と妊産婦が補償の契約を結んだ上で、掛金相当分を支払っており、現に産科医療補償制度の補償金及び医療機関からの賠償金等を受給していないことを前提として、当該分娩機関の医学的管理下における全ての分娩により出生した児のうち、次の3つの要件を満たす者
		○ 現に産科医療補償制度の補償金を受領していないことまたは分娩機関からの賠償金等を1,200万円以上受領していないこと	
給付申請が想定される者		○ 産科医療補償制度の補償対象となる3つの基準である「補償対象基準」「除外基準」「重症度の基準」のうち、個別審査で「補償対象基準」の分娩時の低酸素状態を示す所定の要件を満たさなかったことから補償対象外となった児	○ 旧基準の個別審査で補償対象外となった児等
		○ 産科医療補償制度の個別審査の補償対象基準の在胎週数、出生体重に該当する児で、分娩時の低酸素状態を示す所定の要件を満たさない等の理由で産科医療補償制度に補償申請を行わなかった児	

（「産科医療特別給付事業 事業設計検討委員会報告書」（2024年7月26日 公益財団法人 日本医療機能評価機構）より抜粋）

（参考２）必要書類および給付対象外とする場合

特別給付の対象となる者の３つの要件を判定するにあたって必要となる書類は以下のとおりです（表１）。

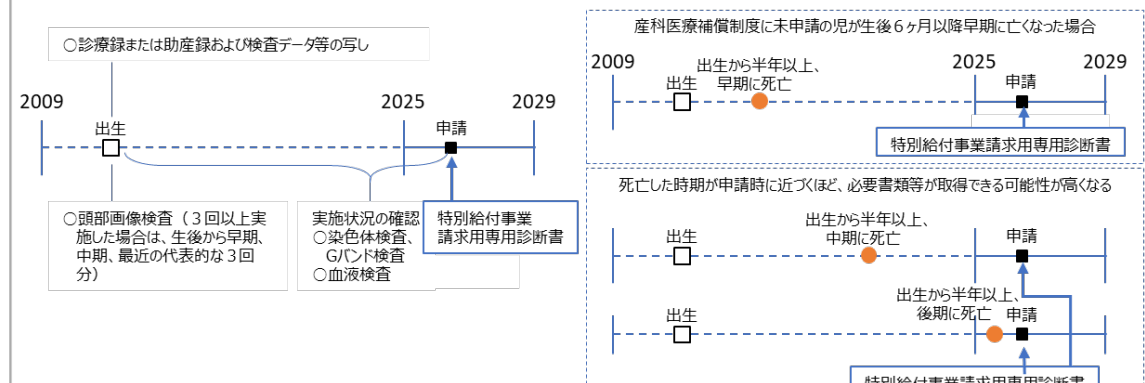
表１ 特別給付の対象となる者の３つの要件の判定方法および必要書類

特別給付事業		
3つの要件 (①②③すべてに該当する)	判定方法	必要書類
①給付対象基準	・母子健康手帳（「出生届出済証明」と「出産の状態」）に記載されている出生日、在胎週数、出生体重の内容から判定する。	・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のコピー）
		・脳性麻痺診断書、脳性麻痺の状況および所見等（特別給付事業請求用専用診断書）
	・産科医療補償制度と同様に、特別給付事業の専用診断書から脳性麻痺であるか否かについて判定する。	・診療録または助産録および検査データ等の写し
②除外基準	・産科医療補償制度と同様に特別給付事業請求用専用診断書から先天性要因および新生児期の要因によらない脳性麻痺であるか否かについて判定する。	・脳性麻痺診断書、検査結果等（特別給付事業請求用専用診断書）
		・診療録または助産録および検査データ等の写し
③重症度の基準	・産科医療補償制度と同様に特別給付事業請求用専用診断書から身体障害者障害程度等級１級または２級相当の脳性麻痺であるか否かについて判定する。	・脳性麻痺の状況および所見、写真、動画等（特別給付事業請求用専用診断書）

（「産科医療特別給付事業 事業設計検討委員会報告書」（2024年 7 月26日 公益財団法人 日本医療機能評価機構）より抜粋）

分娩機関の廃院や診療録の保存年限超過による廃棄等により必要書類が揃えられない場合の判定基準は以下のとおりです（表2）。

表2 必要書類が揃えられないため給付対象外とする場合

		必要書類が揃えられないため給付対象外とする場合	
		児が亡くなっている場合	
給付対象基準	在胎週数 出生体重	① 在胎週数および出生体重を証明する書類が提出されない場合は、給付対象外とする	
	脳性麻痺の 定義	② 脳性麻痺であるか否かに関し、脳性麻痺の定義に基づき判断するために必要な書類等が提出されない場合は、給付対象外とする。	
除外基準		③ 2025年以降の給付申請時点で除外基準に該当する場合は、給付対象外とする。 ※ 除外基準についての判断に必要な診療録または助産録および検査データ等の写しが、分娩機関の廃院や診療録の保存年限超過による廃棄等により提出されない場合、提出された申請書類や意見書等を総合的に審査し、明らかに不合理でない場合は、除外基準に該当しないと判断する。	⑤ 必要書類が提出されないで給付対象と判断できない場合は、給付対象外とする。
重症基準の		④ 2025年以降の給付申請時点で重症度基準を満たさない場合は、給付対象外とする。	⑥ 必要書類が提出されないで給付対象と判断できない場合や、診断時期尚早で当該時点では特別給付事業の重症度に相当すると判断できない場合は、給付対象外とする。
概念図		 ○診療録または助産録および検査データ等の写し 2009 出生 2025 申請 2029 ○頭部画像検査（3回以上実施した場合は、生後から早期、中期、最近の代表的な3回分） 実施状況の確認 ○染色体検査、Gバンド検査 ○血液検査 特別給付事業 請求用専用診断書 産科医療補償制度に未申請の児が生後6ヶ月以降早期に亡くなった場合 2009 出生 2025 申請 2029 出生から半年以上、早期に死亡 特別給付事業請求用専用診断書 死亡した時期が申請時に近づくほど、必要書類等が取得できる可能性が高くなる 出生から半年以上、中期に死亡 出生から半年以上、後期に死亡 特別給付事業請求用専用診断書	

（「産科医療特別給付事業 事業設計検討委員会報告書」（2024年7月26日 公益財団法人 日本医療機能評価機構）より抜粋）

（参考3）産科医療補償制度に未申請の児が生後6ヶ月以降早期に亡くなった場合の重度脳性麻痺の判断

産科医療補償制度に未申請の児が生後6ヶ月以降早期に亡くなっており、診断書が作成できない場合の重度脳性麻痺の判断については、以下、別添1に沿って実施します。

産科医療補償制度に未申請の児が生後6ヶ月以降、中期・後期に亡くなっており、必要書類等が取得できる場合は、記載可能な情報を全て診断書にご記載・添付いただき、診断書をご作成ください。情報がなく不明の場合は、診断書にその旨ご記載をお願いいたします。

産科医療補償制度に未申請の児が生後6ヶ月以降早期に亡くなった場合の重度脳性麻痺の判断について

産科医療補償制度に未申請の児について、生後6ヶ月以降早期に亡くなっているために診断書を作成することができない場合は、以下の考え方に基づき重度脳性麻痺の判断を行う。

以下の1、2に該当し、重度運動障害を起こす先天異常の合併がない事例については、NICUの診療録等を以って上記の児が重度脳性麻痺であったか否かについて「給付対象基準」および「除外基準」を踏まえ判断する。なお、1、2に該当しない事例の重度脳性麻痺の判断については、事例ごとに個別に判断する。

なお、NICUの診療録は、診療録の保存年限超過による廃棄されている場合も、サマリー程度は保存されていると考えられることから、保護者の記憶のみによる内容では判断しない。

1. NICU入室中の経過において、以下のいずれかの診断歴がみられる場合
 - ・ 脳室周囲白質軟化症、脳室内出血、水頭症、孔脳症、脳梗塞、頭蓋内出血、髄膜炎等の診断歴
 2. NICU退室後の経過において、以下の診断歴等がみられる場合
 - ・ フォローアップ中に脳性麻痺の診断歴
 - ・ 医療型障害児入所施設への入所歴
 - ・ 脳室周囲白質軟化症、慢性ビリルビン脳症等の画像診断
- ※NICU入室中の経過において診断歴がなくNICU退室後に新たに確認された脳室内出血、水頭症、孔脳症、脳梗塞、頭蓋内出血、髄膜炎等については、分娩に関連して発症したとは考えられないことから特別給付事業の給付対象とはならない。
- ・ 死亡診断書の死亡原因ⅠまたはⅡに脳性麻痺の記載

上記の内容に加え、児の姿勢や移動状況が確認できる全身の写真等の提出を求める。
ただし、写真等の提出ができない場合であっても、それをもって給付対象外とはしない。

Ⅲ. 「給付申請用 専用診断書」の留意点と記入例

本パートは、診断書を作成する上での留意点と記入例についてまとめたものです。

「(1) (総括表) 脳性麻痺診断書：総括-1・総括-2・総括-3・総括-4」、

「(2) 検査結果：検査-1・検査-2」、

「(3) 脳性麻痺の状況及び所見：所見-1・所見-2・所見-3」から構成されており、

左頁に診断書を作成する上での留意点や解説について、右頁に記入例について記載しています。
診断書を作成する際には本パートを参考に作成されるようお願いします。

(1) (総括表) 脳性麻痺診断書：総括-1・総括-2・総括-3・総括-4

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、舞蹈病様運動、バリスム、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 現在の身体測定値

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

③ 出生時から新生児期までの状況・経過

出生時から新生児期までの状況・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、家族からの情報等からわかる範囲で記入してください。

なお、NICUサマリーを添付する場合は、下欄の記入は不要です。

※ 産科医療補償制度に申請歴のある方は、NICUサマリー添付および記入は不要です。

④ 新生児期からの障害の経過・現症

新生児期から貴科受診までの経緯と、その後の経過や現在の状況について記入してください。経過の中で退行を認める場合は、頸定や寝返り、坐位保持、四つ這い等が可能になった年月齢を記入し、退行の原因と考えられる疾患等や運動発達の変化についてもわかる範囲で記入してください。

<例>

- リハビリテーション目的での受診である。
- 生後〇ヶ月に坐位保持が可能になったが、△歳で発症した疾患（例：ウエスト症候群、難治性てんかん等）が原因と考えられる退行を認めている。
- 1歳で軽症の急性脳症を発症したが、それ以前から運動障害を認めており、発症前後で運動発達の変化はみられなかった。

(総括表) 脳性麻痺診断書

[illegible]

⑤ その他参考となる合併症

知的障害（精神発達遅滞）が「有」の場合は、精神発達の相当年齢をわかる範囲で 内に記入してください。

合併症が「有」の場合は、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。

⑥ 治療及びリハビリテーションの状況

治療及びリハビリテーションについて、現在の状況をわかる範囲で記入してください。治療、処置において、該当する項目すべてを選択してください。

<例>

- A C T H療法を施行した時期、訓練の内容、親子で通っている教室等 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。

⑦ 日常生活及び介助の状況

日常生活及び介助の状況について、該当する項目すべてを選択してください。

⑧ 家族歴

血縁者（児の父母または兄弟姉妹に限る）の中に、児の運動障害に関連する可能性がある小児期からの運動機能障害または精神運動発達遅滞があるかどうかを、記入してください。

⑨ 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。

⑤ その他参考となる合併症

- ・知的障害（精神発達遅滞）☐無 ☒有 →（精神発達： およそ 歳* ヶ月 ☐判定不能）
 ※「●歳」のみの判定でも可。ただし、判定が1歳未満の場合は、「0歳▲ヶ月」と記入してください。
- ・合併症 ☐無 ☒有 → ☒呼吸障害 ☒嚥下障害 ☒てんかん（☒点頭てんかん ☐その他）
☐胃食道逆流症 ☐その他（ ）

⑥ 治療及びリハビリテーションの状況

- ☒薬物使用有〔 ☒抗てんかん薬 ☒筋弛緩薬 ☐抗潰瘍薬等 ☐向精神薬等 ☒その他（**気管支拡張薬**）〕
☐酸素使用有（☐常時 ☐夜間のみ ☐必要時） ☐気管挿管・気管切開有
☐人工呼吸器の使用有（☐常時 ☐夜間のみ ☐必要時）

医 療 機 関 受 診	☐ 受診していない	☐ 年に数回	☒ 月に1～2回	☐ 月に3回以上
リハビリテーション	☐ 受けていない	☐ 年に数回	☒ 月に1～2回	☐ 月に3回以上

- 上記以外の状況について特記すべき事項があれば記入してください。
 （虐待等を疑う所見があれば記入してください）

生後 5 ヶ月 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

- ・現在の主な生活場所 ☒在宅（通所・通園・通学を含む） ☐病院 ☐入所施設 ☐その他（ ）
 ・日常生活の状況

食 事	☐ 経口摂取〔 ☐ 介助不要 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 〕 ☒ 経管栄養〔 ☒ 経鼻胃管 ☐ 胃ろう ☐ その他（ ） 〕 ☐ 経口摂取・経管栄養併用（経口摂取の介助状況及び経管栄養の内容については上部に記入してください） ☐ 経静脈栄養
排 泄	☐ おむつ不要〔 ☐ 介助不要 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 〕 ☒ おむつ使用 ☐ その他（ ）
洗面・更衣	☐ 介助不要 ☐ 一部介助 ☒ 全介助
移動手段	☒ 車椅子・バギー ☐ 歩行器 ☐ 杖 ☐ 下肢装具 ☐ その他（ ）

- 上記以外の状況について特記すべき事項があれば記入してください。

全身の麻痺による寝たきりで、体位変換も含め全介助の状態である。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。

⑧ 家族歴

- 血縁者（児の父母または兄弟姉妹に限る）の中に、児の運動障害に関連する可能性がある小児期からの運動機能障害または精神運動発達遅滞があるかどうかを、記入してください。

☐該当する家族歴なしまたは不明

- ☒該当する家族歴がある（診断がついている場合は疾患名、そうでなければ症状、状態）

疾患名または症状、状態（ **アンジェルマン症候群** ） 児との続柄（ **姉** ）
 疾患名または症状、状態（ ） 児との続柄（ ）

⑨ 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。

全身の強直発作を 1 日 1 回程度認める。全身の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。

⑩ 除外基準

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、これらの疾患等と重度の運動障害との関係についても記入してください。重度の運動障害の主な原因と推定されるか否か判断が難しい場合は、「どちらとも言えない」を選択してください。

なお、該当する疾患等がある場合でも、一律に給付対象外とするのではなく、最終的には、審査委員会において事案ごとに判断します。

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）が重度の運動障害の主な原因であることが明らかである場合は、除外基準に該当します。

脳奇形には、滑脳症、多小脳回、裂脳症、水（頭）無脳症等が該当します。

「1）脳奇形」から「5）先天異常」に該当する疾患について、有無を選択してください。

「有」を選択した場合は、右欄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、右の「重度の運動障害の主な原因でない」を選択し、同じ頁の下部の欄にその判断理由等を記入してください。

<例>

- 染色体検査でクラインフェルター症候群と判明しているが、性染色体の異常であり、運動発達に影響を及ぼす疾患ではないため。

<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事業に相当する障害が出ている。

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。脳奇形が片側性の場合は、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。

2) 染色体異常

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は、以下をご参照ください。

- ・臨床所見等から、染色体異常なしと判断し、検査を実施していない場合は、「染色体異常を示唆する所見」の「無」を選択し、検査を実施していない理由を選択してください。
- ・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、保護者の同意が得られないために検査を実施していない場合は、「その他」を選択し、（ ）内にその旨を記入してください。ただし、審査委員会において給付対象と認定できない場合や検査による確認が要請される場合がありますので、この点について保護者へご説明ください。

※検査結果報告書がある場合は、必ず検査結果報告書を添付してください。

※検査結果報告書がない場合であっても、検査結果が記載された記録（医師記録、診療情報提供書等）がある場合は、必ず検査結果が記載された記録（医師記録、診療情報提供書等）を添付してください。

(10) 除外基準

1. 先天性要因

- 1) から 5) の各項目について、有無を選択してください。
- 1) から 5) の各項目について、「有」を選択した場合は、
- (1) 右の枠内に疾患名を記入してください。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。
- (2) これらの疾患が重度の運動障害の主な原因と推定されるか否かについて選択し、また、重度の運動障害の主な原因でないと推定される場合は、判断の理由等を下欄に記入してください。
- なお、これらの疾患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。

先天性要因 (いずれかにし点を記入)		先天性要因が「有」の場合は 疾患名を記入	重度の運動障害の主な原因 と推定されるか否か (いずれかにし点を記入)		
			主な原因 でない	主な原因 である	どちらとも 言えない
1) 脳奇形	☒ 無 ☐ 有 ➡	(疾患名)	☐	☐	☐
(脳奇形が「有」の場合) 両側性の広範な脳奇形	☐ 無 ☐ 有 ➡				
2) 染色体異常 (検査を実施していない場合は「染色体異常を示唆する所見」の有無)	☐ 無 ☒ 有 ➡	(疾患名) クラインフェルター症候群	☒	☐	☐

* 染色体検査 (Gバンド検査) の実施状況

☒ 検査を実施している

- ☒ 検査結果報告書がある (※必ず検査結果報告書を添付してください)
☐ 検査結果報告書はない (※必ず検査結果が記載された記録 (医師記録、診療情報提供書等) を添付してください)
☐ 検査結果報告書、検査結果が記載された記録 (医師記録、診療情報提供書等) いずれもなし

☐ 検査を実施していない → 検査を実施していない場合は、以下に必ずその理由を記入してください。

- ☐ 染色体異常を疑う身体所見を認めなかったため
☐ その他 ()

3) 遺伝子異常 (検査を実施していない場合は「遺伝子異常を示唆する所見」の有無)	☒ 無 ☐ 有 ➡	(疾患名)	☐	☐	☐
--	--	-------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

* 遺伝子検査の実施状況

☒ 検査を実施している

- ☒ 検査結果報告書がある (※必ず検査結果報告書を添付してください)
☐ 検査結果報告書はない (※必ず検査結果が記載された記録 (医師記録、診療情報提供書等) を添付してください)
☐ 検査結果報告書、検査結果が記載された記録 (医師記録、診療情報提供書等) いずれもなし

☐ 検査を実施していない

4) 先天性代謝異常	☒ 無 ☐ 有 ➡	(疾患名)	☐	☐	☐
5) 先天異常	☒ 無 ☐ 有 ➡	(疾患名)	☐	☐	☐



* 先天性要因に該当する疾患が「有」で、「この疾患は重度の運動障害の主な原因でない」と推定される場合は、以下に判断の理由等を記入してください。

性染色体の異常であり、運動発達に影響を及ぼす疾患ではないため。

■ 特定の先天異常に該当する疾患・症候群とは言えないが、他に先天性要因を疑う所見 (例: 小頭、特異顔貌、小顎、多指、内臓奇形等) がある場合は、その所見を記入してください。

☐ 口蓋裂、左耳介低形成を認める。

3) 遺伝子異常

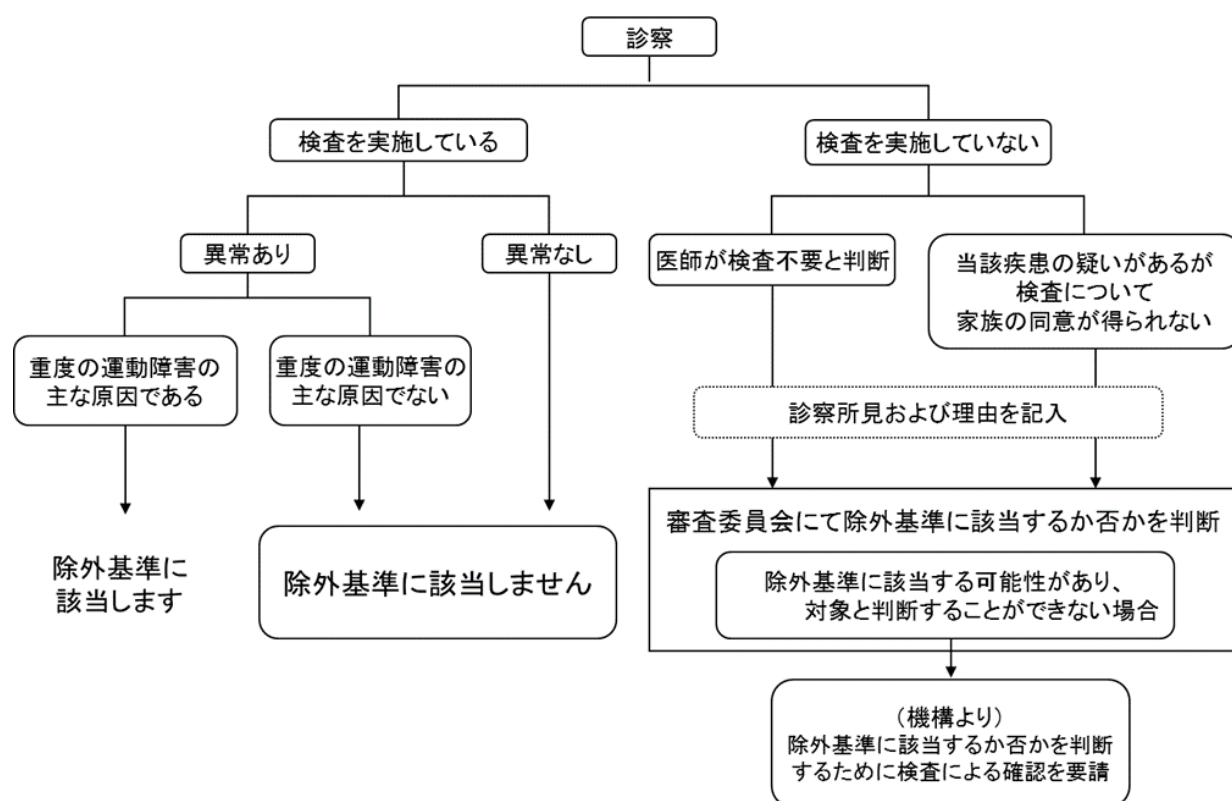
遺伝子検査を実施している場合は、その結果に基づいて、疾患の有無を選択してください。該当する特定の疾患が疑われず、遺伝子検査を実施していない場合は、「遺伝子異常を示唆する所見」の「無」を選択してください。

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、保護者の同意が得られないために検査を実施していない場合は、審査委員会において給付対象と認定できない場合や検査による確認が要請される場合がありますので、この点について保護者へご説明ください。

※検査結果報告書がある場合は、必ず検査結果報告書を添付してください。

※検査結果報告書がない場合であっても、検査結果が記載された記録（医師記録、診療情報提供書等）がある場合は、必ず検査結果が記載された記録（医師記録、診療情報提供書等）を添付してください。

染色体異常・遺伝子異常について(イメージ)



4) 先天性代謝異常

先天性代謝異常の有無を選択し、「有」の場合は右欄を記入してください。代謝異常に関する検査として、タンデムマススクリーニング検査等を実施している場合は、診断書6頁の検査欄にそれぞれ検査結果を記入してください。

5) 先天異常

先天異常の有無を選択し、「有」の場合は右欄を記入してください。先天異常に該当する疾患（例：先天性心疾患、先天性横隔膜ヘルニア、脊髄髄膜瘤等）がある場合は、疾患名を記入してください。

なお、特定の先天異常に該当する疾患・症候群とは言えないが、他に先天性要因を疑う所見（例：小頭、特異顔貌、小顎、多指、内臓奇形等）がある場合は、その所見を記入してください。

⑩ 除外基準

1. 先天性要因

- 1) から 5) の各項目について、有無を選択してください。
- 1) から 5) の各項目について、「有」を選択した場合は、
- (1) 右の枠内に疾患名を記入してください。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。
- (2) これらの疾患が重度の運動障害の主な原因と推定されるか否かについて選択し、また、重度の運動障害の主な原因でないと推定される場合は、判断の理由等を下欄に記入してください。
- なお、これらの疾患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。

先天性要因 (いずれかにレ点を記入)		先天性要因が「有」の場合は 疾患名を記入	重度の運動障害の主な原因 と推定されるか否か (いずれかにレ点を記入)		
			主な原因 でない	主な原因 である	どちらとも 言えない
1) 脳奇形	☒ 無 ☐ 有 ➡	(疾患名)	☐	☐	☐
(脳奇形が「有」の場合) 両側性の広範な脳奇形	☐ 無 ☐ 有 ➡				
2) 染色体異常 (検査を実施していない場合は「染色体異常を示唆する所見」の有無)	☐ 無 ☒ 有 ➡	(疾患名) クラインフェルター症候群	☒	☐	☐
*染色体検査 (Gバンド検査) の実施状況 ☒ 検査を実施している ↳ ☒ 検査結果報告書がある (※必ず検査結果報告書を添付してください) ↳ ☐ 検査結果報告書はない (※必ず検査結果が記載された記録 (医師記録、診療情報提供書等) を添付してください) ↳ ☐ 検査結果報告書、検査結果が記載された記録 (医師記録、診療情報提供書等) いずれもなし ☐ 検査を実施していない → 検査を実施していない場合は、以下に必ずその理由を記入してください。 ↳ ☐ 染色体異常を疑う身体所見を認めなかったため ↳ ☐ その他 ()					
3) 遺伝子異常 (検査を実施していない場合は「遺伝子異常を示唆する所見」の有無)	☒ 無 ☐ 有 ➡	(疾患名)	☐	☐	☐
*遺伝子検査の実施状況 ☒ 検査を実施している ↳ ☒ 検査結果報告書がある (※必ず検査結果報告書を添付してください) ↳ ☐ 検査結果報告書はない (※必ず検査結果が記載された記録 (医師記録、診療情報提供書等) を添付してください) ↳ ☐ 検査結果報告書、検査結果が記載された記録 (医師記録、診療情報提供書等) いずれもなし ☐ 検査を実施していない					
4) 先天性代謝異常	☒ 無 ☐ 有 ➡	(疾患名)	☐	☐	☐
5) 先天異常	☒ 無 ☐ 有 ➡	(疾患名)	☐	☐	☐

*先天性要因に該当する疾患が「有」で、「この疾患は重度の運動障害の主な原因でない」と推定される場合は、以下に判断の理由等を記入してください。

性染色体の異常であり、運動発達に影響を及ぼす疾患ではないため。

- 特定の先天異常に該当する疾患・症候群とは言えないが、他に先天性要因を疑う所見 (例：小頭、特異顔貌、小顎、多指、内臓奇形等) がある場合は、その所見を記入してください。

口蓋裂、左耳介低形成を認める。

2. 新生児期の要因

分娩後に、分娩とは無関係に生じた感染症、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）等の新生児期の要因の存在が明らかであり、かつ、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ある場合は、除外基準に該当します。

分娩後に発症した感染症等が分娩とは無関係に発症したことが明らかでない場合（例：産道感染等、分娩時の感染と考えられる場合等）は、除外基準に該当しません。また、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。

新生児期の要因の存在が明らかであるか否か、またそれら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あるか否かなどについては、審査委員会において事案ごとに判断します。

「1）髄膜炎」から「5）その他の外傷等」に該当する疾患等について、有無を選択してください。「有」を選択した場合は、右欄に疾患名や所見等を記入してください。また、こ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、右の「重度の運動障害の主な原因でない」を選択し、同じ頁の下部の欄にその判断理由等を記入してください。

<例>

- 著明な筋緊張と関節拘縮により、生後7ヶ月時に大腿骨骨折を生じたが、受傷前から脳性麻痺による重度の運動障害を認めており、受傷の前後で運動障害の程度が変化していないため。

*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、それにより障害が重症化すること等が考えられるため、項目を設けました。

2. 新生児期の要因

■ 1) から 5) の各項目について、有無を選択してください。

■ 1) から 5) の各項目について、「有」を選択した場合は、

(1) 右の枠内に疾患名等を記入してください。

(2) これらの疾患等が重度の運動障害の主な原因と推定されるか否かについて選択し、また、重度の運動障害の主な原因でないと推定される場合は、判断の理由等を記入してください。

■ 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。

新生児期の要因 (いずれかにレ点を記入)		新生児期の要因が「有」の場合は 疾患名等を記入	重度の運動障害の主な原因 と推定されるか否か (いずれかにレ点を記入)		
			主な原因 でない	主な原因 である	どちらとも 言えない
1) 髄膜炎	☒ 無 ☐ 有 ➡	(起因菌・発症時期等)	☐	☐	☐
2) 脳炎	☒ 無 ☐ 有 ➡	(起因菌・発症時期等)	☐	☐	☐
3) その他の神経疾患	☒ 無 ☐ 有 ➡	(疾患名)	☐	☐	☐
4) 虐待	☒ 無 ☐ 有 ➡	(所見)	☐	☐	☐
5) その他の外傷等	☐ 無 ☒ 有 ➡	(疾患名・所見等) 大腿骨骨折	☒	☐	☐



* 新生児期の要因に該当する疾患等が「有」で、「この疾患等は重度の運動障害の主な原因でない」と推定される場合は、以下に判断の理由等を記入してください。

著明な筋緊張と関節拘縮により、生後7ヶ月時に大腿骨骨折を生じたが、受傷前から脳性麻痺による重度の運動障害を認めており、受傷の前後で運動障害の程度が変化していないため。

(2) 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（C TまたはM R I）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を実施していない場合、評価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

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、あわせて頭部画像データ（フィルムも可）を添付してください。添付の際には、所定の欄の実施年月日と頭部画像データの撮影年月日が同じ日となっているかご確認ください。

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。

なお、読影報告書を添付する場合は、本欄の記入は不要です。

※産科医療補償制度に申請歴のある方は、直近のもののみをご提出ください。ただし、その後の頭部画像検査の確認が必要と判断される場合には、追加の提出を求める場合があります。

検 査 結 果

1. 頭部画像検査

■ 3回以上実施した場合は、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可能です。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。）

※産科医療補償制度に申請歴のある方は、直近のものだけでも可能です。ただし、その後の頭部画像検査の確認が必要と判断される場合には、追加の提出を求める場合があります。

■頭部画像検査については、以下に所見を記入の上、画像データを必ず添付してください（フィルムも可）。

■読影報告書を添付する場合は、下欄の記入は不要です。

読影報告書添付： ☒有 ☐無

頭部画像検査名 (いずれかにレ点を記入)	実施年月日	所見
☒ MR I ☐ C T	2024・1・15	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、大脳のびまん性の萎縮像あり、嚢胞性の脳軟化の所見である。
☒ MR I ☐ C T	2025・1・10	
☐ MR I ☐ C T	..	

2. 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。これまで検査を実施した中で、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、検査データを添付する場合、本欄の記入は不要です。

3. 上記の検査以外に実施した検査

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、その結果を記入してください。

分娩時の低酸素状況やそれを示唆する臨床所見、脳の破壊性病変を示す頭部画像所見がなく、かつ先天異常を示唆する臨床所見もないような場合は、下表記載の疾患等が原因として考えられることもありますので、対応する検査の実施をご検討ください。検査結果は本欄にご記入いただくか、検査結果伝票を添付ください。

児の運動障害	原因として考えられる疾患等	ご検討いただきたい検査
アテトーゼ型	レッシュ・ナイハン症候群	血中尿酸値、および尿中尿酸/クレアチニン比
痙直型	モリブデン補酵素欠損症*	血中尿酸値
痙直型 アテトーゼ型	MCT8欠損症	甲状腺関係 (TSH、FT4、FT3)
低緊張型 アテトーゼ型	・グアニジノ酢酸メチル基転移酵素 (GAMT) 欠損症 ・アルギニン・グリシンアミジノ基転移酵素 (AGAT) 欠損症 ・クレアチン輸送体 (SLC6A8) 欠損症	血中クレアチニン値、および尿中クレアチン/クレアチニン比

(*破壊性病変類似の頭部画像所見を呈することもあります。)

2. 血液検査（最近の代表的なデータを記入してください）

検査結果報告書添付：☒無 ☐有

必ず検査結果報告書を添付してください。

検査結果報告書を添付する場合は、下欄への記入は不要です。

- （検査結果報告書添付「無」の場合）血液検査については、以下の項目を実施している場合は実施年月日及び検査結果を記入してください。

血液検査内容		実施年月日	検査結果
肝機能	A S T (GOT) (IU/ℓ)	2025・5・25	25
	A L T (GPT) (IU/ℓ)	2025・5・25	25
	L D H (IU/ℓ)	2025・5・25	256
	アンモニア (μg/dℓ)	2025・5・25	50
血液ガス分析 (いずれかにレ点を記入) ☐ 動脈 ☒ 静脈	p H	2025・5・25	7.350
	p O ₂ (mmHg)	2025・5・25	60
	p C O ₂ (mmHg)	2025・5・25	40
	H C O ₃ ⁻ (mEq/ℓ)	2025・5・25	24
	B E (mEq/ℓ)	2025・5・25	+1
乳酸 (mg/dℓ)		2025・5・25	15.0
ビリルビン酸 (mg/dℓ)		..	
タンデムマススクリーニング検査 [☒ 検査を実施している ☐ 検査を実施していない ☐ 不明]		2016・3・1	☒ 異常なし ☐ 異常あり *異常ありの場合は、以下にその検査結果を記入してください。 []

* 上記の検査項目のうち一項目でも実施していない場合は、以下にその理由を記入してください。



☒代謝異常を疑うような身体所見を認めなかったため

☐その他 ()

3. 上記の検査以外に実施した検査

- 上記以外に実施した検査がある場合は、検査の実施年月日と検査結果を記入してください。

例：F I S H解析、C G Hマイクロアレイ解析、尿中有機酸分析、アミノ酸分析、クレアチニンキナーゼ（C K）、アイソザイム、血清銅、脳波、頭部エコー、聴性脳幹反応等

脳波 2025.4.3 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 2025.2.4 V波の両側潜時の遅れあり。

(3) 脳性麻痺の状況及び所見： 所見-1・所見-2・所見-3

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とどのように判断したのか（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（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。

また、重度の知的障害（精神発達遅滞）による運動発達遅滞が認められる場合は、上肢の動作・所見の状況について、具体的な所見（投げる、引っ張る等の動作の可否や食事の動作等）を〔 〕内に必ず記入してください。

2) 麻痺部位

該当するものを選択してください。また、片麻痺の場合は、左右のいずれかを選択してください。単麻痺の場合は、（ ）内に部位を記入してください。

3) 反射異常

該当するものを選択してください。

「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を〔 〕内に記入してください。

4) 姿勢異常

姿勢異常が「有」の場合は、〔 〕内に部位・所見を記入してください。

5) 関節拘縮

関節拘縮が「有」の場合は、〔 〕内に部位・所見を記入してください。

脳性麻痺の状況及び所見

脳性麻痺の状況及び所見の確認日*： 西暦 20 25 年 8 月 5 日
* 確認日は、原則、2025年以降の申請時点で診断してください（児が亡くなっている場合を除く）。

1. 神経学的所見、その他の機能障害の所見

1) 運動障害

☒痙直 ☒アテトーゼ・不随意運動 ☐運動失調 ☐低緊張 ☐その他（ ）

* 低緊張型脳性麻痺の場合は、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。

[]

* 重度の知的障害（精神発達遅滞）による運動発達遅滞が認められる場合は、上肢の動作・活動の状況について、具体的な所見（投げる、引っ張る等の動作の可否や食事の動作等）を記入してください。

[]

2) 麻痺部位

☒四肢麻痺 ☐両麻痺 ☐片麻痺（☐右 ☐左） ☐対麻痺 ☐三肢麻痺 ☐単麻痺（部位： ）

* 片麻痺の場合は、動作・活動の状況について、左右差の程度や患側の機能程度（補助肢として使用可能か否か等）の具体的な状況を記入してください。また、上肢のみの障害で給付申請を行う場合は、食事動作（スプーンを口に運ぶ、コップを手で持って口に運ぶ等の動作の可否）について具体的な状況を記入してください。

[]

3) 反射異常（いずれかにレ点を記入してください）

	右	左
バビンスキー反射	☐ 無 ☒ 有	☐ 無 ☒ 有
*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を記入してください。 []		
上腕二頭筋反射	☐ 消失 ☐ 減弱 ☐ 正常 ☒ 亢進	☐ 消失 ☐ 減弱 ☐ 正常 ☒ 亢進
上腕三頭筋反射	☐ 消失 ☐ 減弱 ☐ 正常 ☒ 亢進	☐ 消失 ☐ 減弱 ☐ 正常 ☒ 亢進
膝蓋腱反射	☐ 消失 ☐ 減弱 ☐ 正常 ☒ 亢進	☐ 消失 ☐ 減弱 ☐ 正常 ☒ 亢進
アキレス腱反射	☐ 消失 ☐ 減弱 ☐ 正常 ☒ 亢進	☐ 消失 ☐ 減弱 ☐ 正常 ☒ 亢進

4) 姿勢異常 ☐無 ☒有 ➡ 部位・所見（例：強い反り返り、下肢交叉、尖足等）

頸部、体幹

5) 関節拘縮 ☐無 ☒有 ➡ 部位・所見（例：股関節、膝関節、足関節等）

両股関節、両足関節

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。各項目について、動作・活動が完全にできる場合は「○」、動作・活動が完全にできない場合（部分的にできる場合も含む）は「×」とします。

1) 下肢・体幹運動に関する項目

次の表にある項目について、「判定にあたっての留意点」を参考に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	額がすわる（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、胸部のみを支えてもらっての坐位姿勢でもよい。
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。
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。
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。
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。
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	パニーホップとは、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。これらが見られない場合は×とする。
12	机等につかまって立ち上がれる	机等につかまり引っぱり、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。
14	机またはテーブル等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。
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。
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）	他人の手を持ったり、歩行補助具を用いたりせず、机等にも寄りかからないで、立位を少なくとも3秒間保持できる。
19	下肢装具をつけずに、支持なしで、10 歩、歩ける	他人の手を持ったり、歩行補助具を用いたりせず、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	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（机やイス等）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。

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、児の特徴等があれば記入してください。

2. 動作・活動の状況及び所見（可能－○ 不可能－×を記入）

■各項目について、**動作・活動が完全にできる場合は「○」、動作・活動が完全にできない場合（部分的にできる場合も含む）は「×」**のいずれかを記入してください。

■なお、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。

1) 下肢・体幹運動に関する項目

No.	項 目	判定 ○/×
1	頤がすわる（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、バン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	机またはテーブル等につかまって、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

（上記項目の判定に関し特記事項がない場合は、本欄の記入は不要です）

頸定、寝返りは不可で、体幹の反り返りを認める。

3) 上肢運動に関する項目

次の表にある項目について、「判定にあたっての留意点」を参考に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。
6	近くのを手を伸ばしてつかむ	玩具等を見せて誘ってもよい。
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。
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」についての備考欄

上肢運動について、児の特徴等があれば記入してください。

5) 診断時の姿勢や移動状況が確認できる全身の写真を貼付（10～11頁）（複数枚）または動画を添付

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、装具をつけての歩行等）等、日常生活の様子がわかる写真を診断書10頁以降の「写真貼付欄」に貼付してください。貼付する際には、写真の裏面に、児の氏名と生年月日を必ず記入してください。

また、「写真貼付欄」には、児の氏名と生年月日及び撮影年月日（または撮影時の年齢）を必ず記入してください。

医師が撮影したもの、または保護者が撮影したもの、どちらの写真でも良いです。

診断書内の＜写真についてのお願い＞を参照し、保護者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。

また、児の状態が下記①または②のような場合で、写真のみでは障害程度の判断が困難と考えられる場合は、可能であれば、歩行（階段昇降等）や上肢での動作の状況（握る、つかむ、物に手を伸ばす等の動作や食事動作等）を撮影した動画を提出してください。その際は、写真の貼付は不要です。撮影にあたっては診断書内の＜専用診断書作成時に動画を撮影する場合の目安表＞をご参照ください。

また、診断書12頁の「添付動画について」に、児の氏名と生年月日及び撮影年月日（または撮影時の年齢）を必ず記入してください。

- ①麻痺部位が「片麻痺」または脳性麻痺の型が「混合型」、「アトーゼ型」、「失調型」、「低緊張型」と考えられる場合

②診断書内の＜専用診断書作成時に動画を撮影する場合の目安表＞に示す「動画確認を必要とする児の状態」に該当する、または該当するか否かの判断が困難な場合

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	哺乳瓶またはコップ等を自分で持てる	×	×
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

（上記項目の判定に関し特記事項がない場合は、本欄の記入は不要です）

5) 診断時の姿勢や移動状況が確認できる全身の写真を貼付（10～11頁）（複数枚）または動画を添付してください。坐位、臥位、車椅子移乗等の姿勢や動作の状況がわかるよう、できるだけ薄着の状態で撮影してください。

注1：片麻痺や上肢のみの障害で給付申請を行うケースで、写真のみでは障害程度の判断が困難と考えられる場合は、歩行（階段昇降等）や上肢での動作の状況（握る、つかむ、物に手をのばすなどの動作や食事動作等）を撮影した動画を追加でお願いすることがあります。

注2：写真は、医師が適切に選択したものとします。

上記のとおり診断する。あわせて頭部画像データ（フィルムも可）等を添付する。

【診断書作成日】 西暦 20 25 年 8 月 5 日 * 診断書を最終的に仕上げた日を記入してください。

* 診断書内容に関し照会を行う場合がありますので、医療機関名及び所在地を必ず記入してください（ゴム印でも可）。

【医療機関名】 ○○病院

【所在地】（〒123-4567） 東京都××区△△町123

【電話番号】 03-○○○○-××××

【診断医】 診療科 小児 科 医師氏名 ●● ▲▲ ⑩

* 複数の医師で診断書を作成する場合は、代表者1名の氏名を記入してください。

【診断医要件】 ☐ 身体障害者福祉法第15条指定医 ☒ 小児神経専門医 ☐ 神経内科専門医
(肢体不自由)

* 本児が給付対象と認定された場合は、産科医療特別給付事業 実施要綱第十一条第2項に基づき、この専用診断書を特別給付事業が実施する集計および分析の資料の一部として利用させていただきます。

【写真、動画、検査データ、NICU サマリー等添付欄】 >>>次頁に続きがあります。>>>

＜給付申請用 専用診断書に貼り付ける 写真についてのお願い＞

〔産科医療特別給付事業〕給付申請用 専用診断書に貼り付ける

写真についてのお願い

撮影いただく写真とは

普段の姿勢や介助坐位・介助立位の姿勢、移動時の姿勢を撮影したもの

撮影のポイント!!

●全身が写るように撮影

- ☐ 薄着の状態(長袖・長ズボン等の服装は避けてください)
- ☐ 足は、靴下や装具は外した**裸足の状態**
- ☐ 頭から手先・足先(指先・つま先)まで収める

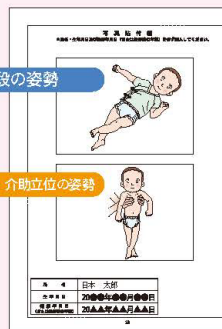
●姿勢異常や関節拘縮の状態が分かるように撮影

- ☐ 強い反り返り、下肢交叉、尖足等の状態
- ☐ 股関節、膝関節、足関節等の状態

●その他

- ☐ 可能であれば、正面からと側面から撮影したものの両方

〈貼付例〉



それぞれの姿勢につき
以下の例示を参考に
撮影してください。
各姿勢1～2枚程度

ご家族が撮影される場合は診断医の指示に従って撮影いただきますようお願いいたします

薄 着

靴下・装具無し

全 身

手足が見える

普段の姿勢

(仰臥位、腹臥位、坐位、立位)

例示 1

仰臥位の様子



例示 2

座っている様子



例示 3

腹臥位の様子



介助坐位・介助立位の姿勢

例示 4

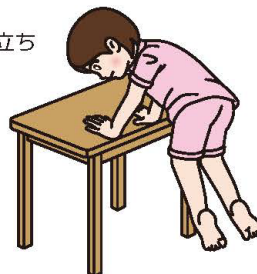
介助され
立っている様子



移動時の姿勢

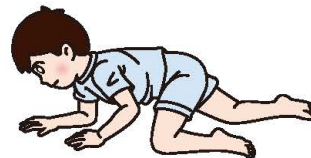
例示 5

つかまり立ち
の様子



例示 6

四つ這いの様子



氏 名	日 本 一 郎
生 年 月 日	2016 年 1 月 1 日
撮 影 年 月 日 (または撮影時の年齢)	○歳△ヶ月

写 真 貼 付 欄

- * 写真の裏面にも氏名・生年月日及び撮影年月日（または撮影時の年齢）を必ず記入してください。
- * 坐位、臥位、車椅子移乗等の姿勢や動作の状況がわかるよう、できるだけ薄着の状態で撮影してください。

＜専用診断書作成時に動画を撮影する場合の目安表＞

2025年1月版

産科医療特別給付事業 給付申請用 専用診断書を作成いただく診断医の皆様へ

専用診断書作成時に動画を撮影する場合の目安表

- 審査委員会では、専用診断書に貼付いただいた写真のみでは障害程度の判断が困難な場合、児の動作・活動の状況および所見を撮影した動画をお願いすることがあります。児の状態が次のような場合、専用診断書の作成と併せて児の状態が撮影された動画のご提出をご検討ください。
 - ① 麻痺部位が「片麻痺」または脳性麻痺の型が「混合型」、「アテトーゼ型」、「失調型」、「低緊張型」と考えられる場合
 - ② 下表の「動画確認を必要とする児の状態」に該当する、または該当するかどうかの判断が困難な場合
- 児の状態が①や②である場合、できるだけ動画の撮影をお願いいたします。動画を撮影される場合は、以下の内容に沿って撮影してください。

【留意事項】

- 動画は DVD、SDカード等の記録媒体で、「児の氏名」、「撮影日」がわかるように提出してください。動作の抽出など編集をしていただく必要はありません。なお、提出いただいた記録媒体は返却いたしませんので、ご了承ください。
- 動画を提出いただく場合は、専用診断書 P10～11 への写真貼付は不要です。
- 動作・活動の状況は、脳性麻痺の型、麻痺部位、合併症などによる個人差も大きいので、審査委員会の審査を進めていく過程で、改めて動画の提出をお願いすることもございますのでご了承ください。

動画確認を必要とする児の状態		撮影内容 ※2	留意点
診断時年齢	動作・活動の状況および所見 ※1		
3歳以上 4歳未満	交互性の四つ這いは可能であるが、つかまり立ちは困難である	①自分で臥位から坐位へ起き上がる様子、坐位保持の様子	■下肢の撮影について 下肢装具をつけず、膝関節や足関節の状態が確認できるような服装で、裸足の状態で、撮影してください。
	つかまり立ちは可能であるが、伝い歩きは困難である	②這い移動の様子	
	伝い歩きや介助あり歩行は可能であるが、独歩は困難である	③つかまって立ち上がる様子 ④歩行の様子	
	独歩は可能であるが、安定した歩行や速やかな停止、スムーズな方向転換は困難である	①（つかまって、あるいは一人で）床から立ち上がる様子 ②10歩以上歩いて停止し、もといた場所に戻ってくるといった歩行の様子	
4歳以上	ある程度の歩行は可能であるが、両上肢、または一上肢に脳性麻痺による運動機能障害がある	①両上肢を使っておもちゃで遊ぶ様子 例：両手で大きめのボールやおもちゃを持っている様子、拍手している様子など ②食事をしている様子	■上肢の撮影について 手を握る・ひらく、物をつかむ・押さえる、物に手を伸ばす動作について、両上肢の動きがわかるように撮影してください。
	独歩は可能であるが、安定した歩行や速やかな停止、スムーズな方向転換は困難である	①（つかまって、あるいは一人で）床から立ち上がる様子 ②10歩以上歩いて停止し、もといた場所に戻ってくるといった歩行の様子	
	＜片麻痺の場合＞ 歩行は可能であるが、介助あるいは手すりにすぎらないと階段を上げられず、かつ障害のある側の手では物を握る程度しかできない状態	①10歩以上歩いて停止し、もといた場所に戻ってくるといった歩行の様子 ②階段昇降の様子 ③両上肢を使っておもちゃで遊ぶ様子 例：両手で大きめのボールやおもちゃを持っている様子、拍手している様子など ④食事をしている様子	
	ある程度の歩行は可能であるが、両上肢、または一上肢に脳性麻痺による運動機能障害がある		

※1 それぞれの動作・活動が完全にできる場合は「可能」、それ以外は部分的にできる場合も含め「困難」と判断してください。

※2 部分的にできる動作を含めて、児に無理のない範囲で撮影してください。撮影時に介助があっても構いません。なお、指定されている動作がそれぞれ 10～20 秒程度撮影されていれば結構です。

添 付 動 画 に つ い て

氏 名	日 本 一 郎
生 年 月 日	2016 年 1 月 1 日
撮 影 年 月 日 (または撮影時の年齢)	○ 歳 △ ヶ 月

【留意事項】

- 動画は DVD、SDカード等の記録媒体で、「児の氏名」、「撮影日」がわかるように提出してください。動作の抽出など編集をしていただく必要はありません。なお、提出いただいた記録媒体は返却いたしませんので、ご了承ください。
- 動画を提出いただく場合は、専用診断書 P10～11 への写真貼付は不要です。
- 動作・活動の状況は、脳性麻痺の型、麻痺部位、合併症などによる個人差も大きいいため、審査委員会の審査を進めていく過程で、改めて動画の提出をお願いすることもありますのでご了承ください。

検 査 デ ー タ ・ N I C U サ マ リ ー 等 添 付 欄

- * 検査結果・所見等には実施年月日が記入されていることを事前にご確認ください。
- * 診療録、サマリー、紹介状等診療情報がある場合はこちらに添付してください。
- * 右上にホチキスで添付してください。

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。

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（産科医療特別給付事業） 審査課

TEL : 03-5217-3188

受付時間 午前9時～午後5時（土日祝日・年末年始を除く）

*産科医療特別給付事業については、本事業のホームページでもご確認いただけます。（<https://www.sanka-kyufu.jcqh.or.jp/>）

