

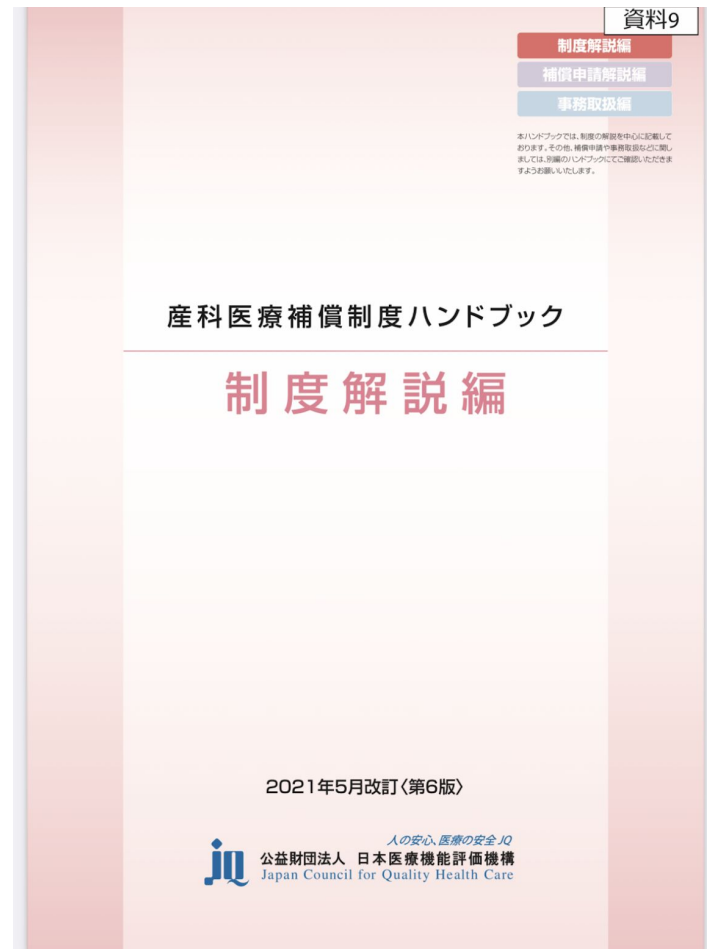
「医学的に合理性のない個別審査基準とは？ 個別審査撤廃の真相」

資料：日本医療機能評価機構ホームページ
厚生労働省社会保障審議会医療保険部会

より抜粋しております。

『親の会（当事者）には
機構の発表は どうみえたのか。
そして、私たちの願い....,』

八幡理絵（親の会副代表）



産科医療補償制度とは、
産科医師を裁判から守るために作られた制度

I. 産科医療補償制度について

1 産科医療補償制度の目的

産科医療補償制度は、産科医不足の改善や産科医療提供体制の確保を背景に、より安心して産科医療を受けられる環境整備の一環として、以下の目的で創設されました。

- 目的1** 分娩に関連して発症した重度脳性麻痺児とその家族の経済的負担を速やかに補償します。
- 目的2** 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します。
- 目的3** これらにより、紛争の防止・早期解決および産科医療の質の向上を図ります。

2 産科医療補償制度の経緯

2.1 制度の創設

分娩時の医療事故では、過失の有無の判断が困難な場合が多く、裁判で争われる傾向があり、このような紛争が多いことが産科医不足の理由の一つであるとされ、また産科医不足の改善や産科医療提供体制の確保が、我が国の医療における優先度の高い重要な課題とされてきました。

このため、産科医療関係者等により無過失補償制度の創設が研究、議論され、2006年1月に与党「医療紛争処理のあり方検討会」によって取りまとめられた「産科医療における無過失補償制度の枠組みについて」において、安心して産科医療を受けられる環境整備の一環として、無過失補償制度の創設が示されました。

この枠組みを受けて、2007年2月に財団法人日本医療機能評価機構（当時）に「産科医療補償制度運営組織準備委員会」が設置され、制度の創設に向けた調査・制度設計等の検討が行われ、2008年1月に「産科医療補償制度運営組織準備委員会報告書」が取りまとめられました。その後、国や関係団体の支援、および創設のための準備を経て、2009年1月に「産科医療補償制度」が創設されました。

【創設の経緯】

2006年11月	与党「医療紛争処理のあり方検討会」において「産科医療における無過失補償制度の枠組みについて」が示される。
2007年2月	財団法人日本医療機能評価機構（当時）に「産科医療補償制度運営組織準備委員会」が設置される。
2008年1月	「産科医療補償制度運営組織準備委員会報告書」が取りまとめられる。
2009年1月	「産科医療補償制度」が創設される。

2.2 制度の見直し

本制度は、早期に創設するために限られたデータをもとに設計されたことから、「産科医療補償制度運営組織準備委員会報告書」において「速くとも5年後を目処に、本制度の内容について検証し、補償対象者の範囲、補償水準、保険料の変更、組織体制等について適宜必要な見直しを行うこととされてきました。

このため、2012年2月より、原因分析や調整のあり方等の課題から順次見直しの議論が行われ、2014年1月よりこれに関する見直しを実施しました。また、補償対象となる脳性麻痺の基準、補償水準、掛金の水準、剰余金の使途等についても見直しの議論が行われ、2015年1月より見直しを実施しました。

その後、2018年7月に開催された運営委員会において、補償対象基準については、「個別審査では約50%が補償対象外となっている」「同じような病態でも補償対象と対象外に分かれることがあり不公平感が生じている」「医学的に不合理な点があり、周産期医療の現場の実態に即していません」等の課題が指摘され、運営委員会委員長より「補償対象基準の見直しに関する要望書」が厚生労働省に提出されました。

こうした状況を受け、厚生労働省より、事務連絡「産科医療補償制度の見直しに関する検討について」(令和2

年2月4日厚生労働省医政局総務課医療安全推進室・保険局保険課事務連絡)が発出されました。
この事務連絡の中で、まずは、評価機構において医療関係団体・患者団体・保険者等の関係者の意見を聴取し、制度のあり方に関する検討を進め、その結果を報告することが求められたことから、医療関係団体、患者団体、保険者等の関係者からなる「産科医療補償制度の見直しに関する検討会」を設置しました。

2020年9月から4回にわたり制度の運用方法、補償対象者数の推計、保険料の水準、掛金、補償対象基準、財源のあり方、補償水準等について検証・検討を行い、「産科医療補償制度の見直しに関する報告書」を取りまとめ、同年12月4日に厚生労働省に提出しました。

2020年12月に開催された厚生労働省の社会保障審議会医療保険部会において見直しの議論が行われ、産科医療補償制度の補償対象範囲は、「補償対象基準」「除外基準」「重症度基準」のすべてを満たす場合、補償対象となるが、2022年1月以降に出生した児より、「補償対象基準」については、「低酸素状況を要件としてする個別審査を廃止し、一般審査に統合して、「在胎週数が28週以上であること。」が基準となり、また1分娩あたりの掛金は1.2万円となることが了承されました。

【見直しの内容】

2014年1月から実施	原因分析のあり方、本制度の補償金と損害賠償金との調整のあり方、紛争の防止・早期解決に向けた取り組み 等
2015年1月から実施	補償対象となる脳性麻痺の基準、掛金 等
2022年1月から実施	補償対象となる脳性麻痺の基準、掛金 等

3 産科医療補償制度の概要

3.1 産科医療補償制度の仕組み

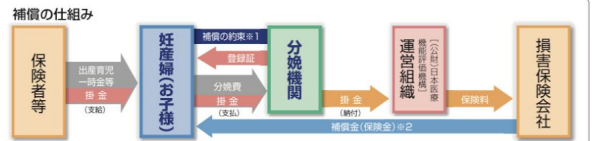
運営組織＝公益財団法人日本医療機能評価機構

公益財団法人日本医療機能評価機構は、本制度の運営組織として、分娩機関の制度加入手続、保険加入手続、掛金の集金、補償対象の認定、長期の補償金支払手続（保険金請求手続）、原因分析および再発防止等の制度運営業務を行います。

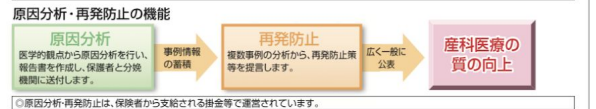
分娩機関

本制度に加入する分娩機関は、補償開始日以降に自ら管理する全ての分娩について補償を約束します。また、分娩機関は、運営組織に取扱分娩数を申告し、これに応じた掛金を支払います。運営組織にて補償対象と認定されると、保険会社から児の保護者へ補償金となる保険金が支払われます。

制度の概要



※1 運営組織が定めた標準補償額を使用して補償の約束をします。
 ※2 運営組織は分娩機関の認定をします。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。
 ◎この制度は分娩機関が加入する制度です。
 ◎加入分娩機関で出生された場合(22週以降の分娩)には、保険者から支給される出生育児一時金に掛金相当額が加算されます。補償に当たった掛金は分娩機関が納付します。



◎原因分析・再発防止は、保険者から支給される掛金等で運営されています。

そもそも、個別審査って、なに？
なぜ個別審査があるの??

なぜ今 個別審査を撤廃したの??

以降、親の会調べを述べます。

疑問点は機構・厚労省に確認ください。

※当会でも質問はお受けいたします。



本制度で「補償したい人」とは？

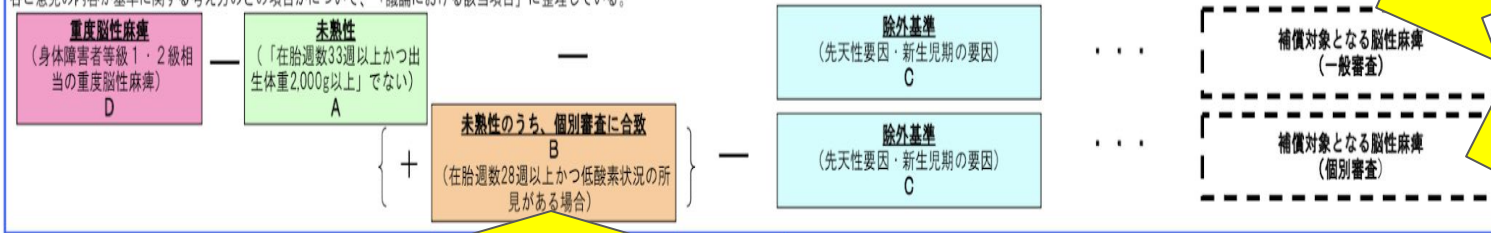
⇒「分娩事故の可能性があり、産科医師が裁判で争われる可能性があるケースだけ」

制度創設当時、28週-32週で生まれた子は、早産による未熟が原因で脳性麻痺となっていると考えられ、補償から除外されていた。でも分娩事故の可能性のある人は補償したいので個別審査基準を設けた(低酸素状態がデータとしてある場合だけ補償する)。

第69回社会保障審議会医療保険部会 2013年 平成25年10月23日における配布資料より抜粋 ※一番古い2009-2014年の基準

本制度における、補償対象となる脳性麻痺の基準に関する考え方は以下の通り。

本制度における、補償対象となる脳性麻痺の基準に関する考え方は以下のとおりである。各ご意見の内容が基準に関する考え方などの項目かについて、「議論における該当項目」に整理している。



一般審査...無条件補償

個別審査 (厳しい基準をクリアした人だけ補償)

なぜ個別審査が存在するのかというと、

未熟性脳性麻痺のうち、分娩事故の可能性のある人だけ補償するのが、個別審査

※日本に分娩事故かどうかの基準が無かったため、個別審査基準には、アメリカの分娩事故の基準を準用

3.2 掛金

本制度の掛金は、1分娩（胎児）あたり、以下の通りとなります。

◆2009年から2014年までに出生した児に適用 ★2015年から2021年までに出生した児に適用

産科医療 補償制度専用 Webシステム	利用する 場合	30,000円 ／1分娩（胎児）	16,000円／1分娩（胎児）
	利用しない 場合	30,500円 ／1分娩（胎児）	16,500円／1分娩（胎児）

※上記掛金には、分娩機間の中止や他院等により支払責任を
引継ぎたことの結果（中止等別項の金）100円が含まれます。

※適上掛等別項の金100円は、一旦取扱いを中止することとなりました。
※本来必要となる掛金の額は、1分娩あたり24,000円となりますが、
本制度の剰余金から1分娩あたり18,000円が充当されるため
分娩機間から支払われる1分娩あたりの掛金は16,000円となります。

●2022年1月1日以降に出生した児に適用

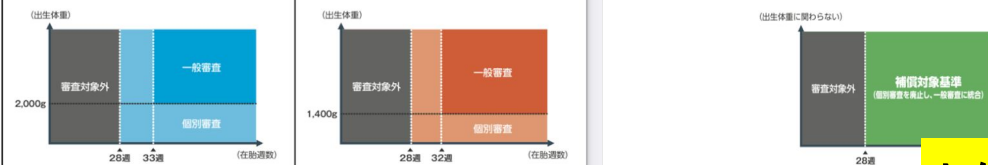
12,000円／1分娩（胎児）

12,500円／1分娩（胎児）

※本来必要となる掛金の額は、1分娩あたり22,000円となりますが、本制度の剰余金から1分娩あたり10,000円が充当されるため
分娩機間から支払われる1分娩あたりの掛金は12,000円となります。

3.3 補償対象

本制度では、加入分娩機間の医学的管理下における分娩により出生した児が次の基準を満たし、運営組織が補償対象として



1. 補償基準
- 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出生体重が2,000g以上かつ在胎週数33週以上
 - ①出生体重が1,400g以上かつ在胎週数32週以上

- ②在胎週数28週以上であって、以下の(1)、(2)のいずれかの場合に該当する児
- (1) 低酸素状況が持続して臍帯動脈血中の代謝性アシドーシス（酸性血症）の所見が認められる場合（pH値が7.1未満）
 - (2) 胎児心拍数モニターにおいて特に異常ななかった症例で、通常、前兆となるような低酸素状況が前置胎盤、常位胎盤早期剥離、子宮破裂、子癇、臍帯脱出等によって起こり、引続き、次のいずれかの胎児心拍数パターンが認められ、かつ、心拍数基線変動の消失が認められる場合
 - イ 突発性で持続する徐脈
 - ロ 子宮収縮の50%以上出現する遅発一過性徐脈
 - ハ 子宮収縮の50%以上出現する変動一過性徐脈
 - ニ 心拍数基線変動の消失
 - ホ 心拍数基線変動の減少を伴った高度徐脈
 - ヘ サナイタリバーン
 - ト アブアゴース1分値が3点以下
 - チ 生後1時間以内の児の血液ガス分析値（pH値が7.1未満）

2. 除外基準
- 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
- (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 分娩後の感染症などこのほか、児が生後6ヶ月未満で死亡した場合は、補償の対象となりません。
- ※(1)「先天性要因」に示される疾患などがある場合でも、それだけをもって一律に補償対象外とするものではありません。重度の運動障害
- ※(2)「新生児期の要因」(感染症など)であっても、妊娠や分娩とは無関係に発生したものであることが明らかでない場合は、「除外基準」に該当しないこととなります。

3. 重症基準
- 身体障害者手帳1・2級相当の脳性麻痺であること
- ※「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作以外ができない状態、または上肢（片腕）では機能が全失した状態を「重度の運動障害をきたすと推定される状態」としています。

認定した場合に、補償金を支払います。ただし、下欄記載の先天性要因等の除外基準に該当する場合は補償の対象とはなりません。

在胎週数が28週以上であること

しかし！！
個別審査の基準には
医学的に合理性がないとして、
個別審査を撤廃！！
今後は、28週以上を無条件で補償する
(2022年生まれからだけ)

実際の
個別審査基準
はこちら。

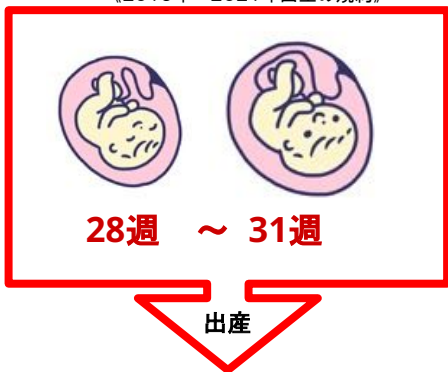
除外基準
(先天性・27週以下の人は
補償しない)

必須条件：身体障害1
級か2級

1 産科医療補償制度について
2 補償対象

「個別審査」に対しては、様々な問題が指摘されていた...

《2015年～2021年出生の規約》



32週以上で1400g未満の人も未熟性とされ、個別審査を受けなくてはなりません



個別審査基準のどれかに当てはまれば補償されますが...

- ②在胎週数28週以上であって、以下の(1)、(2)のいずれかに該当する児
- (1)低酸素状況が持続して臍帯動脈血中の代謝性アシドーシス(酸性血症)の所見が認められる場合(pH値が7.1未満)
- (2)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などによって起こり、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1時間以内の児の血液ガス分析値(pH値が7.0未満)

実際の運用から、

- 個別審査では約50%が補償対象外となっている
 - 同じような病態であっても補償対象、補償対象外となっており不公平感が生じている
 - 医学的に不合理な点があり、周産期医療の現場の実態に即していない
- 等の問題が生じていました。



2020年、ついに見直し検討会が機構で開催されました..

制度を運営する「日本医療機能評価機構」の配布資料

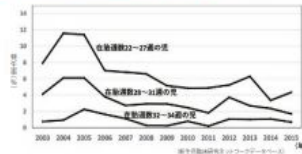
なぜ制度改定をするの？

制度創設時、早産児は、脳性麻痺の発生率が高いことから、分娩とは無関係な「未熟性による脳性麻痺」が多いと考えられ、個別審査を設けて、低酸素状況がある場合にのみ補償対象とされました。

！ 在胎週数28週～31週の早産児については、周産期医療の進歩により脳性麻痺の発生率が減少している。

在胎週数28週～31週の早産児については、最近では脳性麻痺の発生率の減少が見られるように、出産前の母体へのステロイド投与および新生児への肺サーファクタント投与などの周産期医療や周産期管理の進歩により、医学的には「未熟性による脳性麻痺」ではなくなっています。

在胎週数別脳性麻痺の発生率の推移



2005年以降、脳性麻痺の発生率が減少しているのが見とれます。



わが国の周産期医療の進歩



周産期医療の進歩により胎死産死で率などが下がっていますね。



！ 個別審査で補償対象外とされた児の約99%が、医学的には「分娩に関連して発症した脳性麻痺」と考えられる。

本制度の個別審査で補償対象外とされた児の約99%で、「分娩に関連する事象」または「帝王切開」が認められ、医学的には「分娩に関連して発症した脳性麻痺」と考えられました。

分娩に関連する事象が発生し、補償対象となった事象と同じような経過をたどって脳性麻痺を発症したにもかかわらず、個別審査の基準に該当しなかったため補償対象外となった具体例を紹介いたします。

分娩に関連する事象	低酸素状況を示さない主な要因
胎動開始からの出血 	<ul style="list-style-type: none"> 出生前に胎動開始から突然大量出血が生じた場合、胎児心拍数モニターを装着できなったり、胎動開始直後のpH値が急激に変化する前に緊急で児を娩出することが多いため、所定の低酸素状態が満たされることがあります。 胎動が正常より低い程度(弱)に付着しているために胎動が子宮の出口(内子宮口)の一部全部を覆っている状態を「胎動開始」といいます。
一極毛膜性双胎 	<ul style="list-style-type: none"> 血液中の酸素が十分であっても流れ、右血液の量が不足すれば脳性麻痺を発生しますが、その場合、胎児心拍数モニターや胎動開始直後のpH値には反映しないことがあります。 双子の胎児が胎盤を共有している状態(一極毛膜性双胎)の場合、二児の血管が複雑につながっているため、それぞれの胎児に送られる血液量のバランスが崩れ、十分な血液が送らなかった児の胎盤が破断されることと脳性麻痺を発症します。(双胎間胎盤血管吻合)
胎盤周囲膜白質硬化症(PVL) 	<ul style="list-style-type: none"> 低酸素や脳の血液が滞りない状態が生じたものの、出産時にはそれが回復した場合など、脳性麻痺を引き起こす事象が分娩直前よりも前に生じたときは、胎児心拍数モニターや胎動開始直後のpH値には反映しないことがあります。 血液がうまく行きかたがないことなどにより、胎児の胎盤のまわりの組織の一部が破断され硬化化している状態を「胎盤周囲膜白質硬化症」といいます。

補償対象外とされた事例にも、「分娩に関連して発症した脳性麻痺」があったんですね。

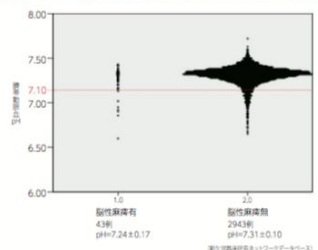
そうなんです。だから個別審査を廃止することになりました。廃止となったポイントについてウェブページで説明します。



！ 個別審査の要件である低酸素状況については、胎児心拍数モニター等で感知できる範囲に限界があり、脳性麻痺発症の有無で差を認めない。

胎児心拍数モニター等で感知できる範囲に限界があり、脳性麻痺の児と脳性麻痺が発症していない児のそれぞれの低酸素状況について分析したところ、臍動脈pHの分布と胎児心拍異常の有無に大きな差はみられませんでした。

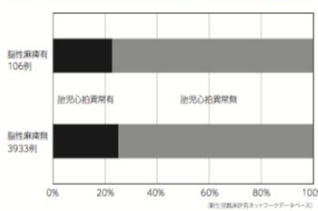
在胎週数28～31週の早産児の脳性麻痺発症と臍動脈血pH



個別審査の基準では、臍動脈血のpH値が7.1未満の場合に補償対象となりますが、脳性麻痺の児が7.1以上を示す事例も多かったです。また、脳性麻痺の児も脳性麻痺のない児も、臍動脈血pHの分布の傾向は同じでした。



在胎週数28～31週の早産児の脳性麻痺と胎児心拍異常



脳性麻痺の児と、脳性麻痺のない児の胎児心拍異常の有無はほとんど変わらないですね。



なぜ個別審査は撤廃されたのか？その①

(2021年10月 機構発行)

なぜ 制度改定を するの？

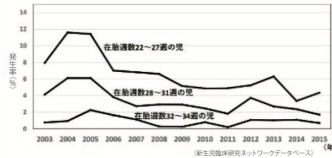
制度創設時、早産児は、脳性麻痺の発生率が高いことから、分娩とは無関係な「未熟性による脳性麻痺」が多いと考えられ、個別審査を設けて、低酸素状況がある場合にのみ補償対象とされました。



在胎週数28週～31週の早産児については、周産期医療の進歩により脳性麻痺の発生率が減少している。

在胎週数28週～31週の早産児については、最近では脳性麻痺の発生率の減少が見られるように、出産前の母体へのステロイド投与および新生児への肺サーファクタント投与などの周産期医療や周産期管理の進歩により、医学的には「未熟性による脳性麻痺」ではなくなっています。

在胎週数別脳性麻痺の発生率の推移



2005年以降、脳性麻痺の発生率が減少しているのが見えます。



わが国の周産期医療の進歩



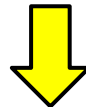
周産期医療の進歩により新生児死亡率などが年々下がっていますね。



在胎週数28週～31週は、 周産期医療の進歩によって、 医学的には未熟性脳性麻痺では無い ため

- 母体へのステロイド投与(産科の進歩)
- 新生児への肺サーファクタント投与(新生児科の進歩)

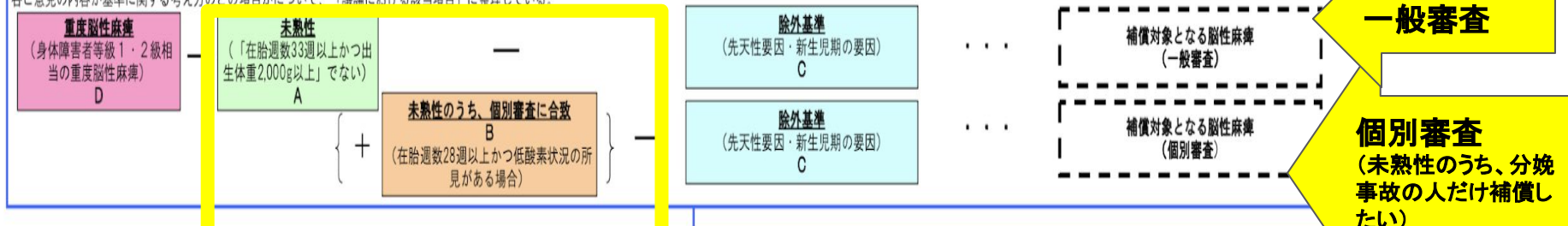
あれ..？ 未熟性脳性麻痺ではない..ってことは...？



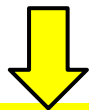
本制度における、補償対象となる脳性麻痺の基準に関する考え方は以下の通り。

第69回社会保障審議会医療保険部会における
配布資料より抜粋 2013年 平成25年10月23日(水)

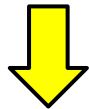
本制度における、補償対象となる脳性麻痺の基準に関する考え方は以下のとおりである。
各ご意見の内容が基準に関する考え方どの項目かについて、「議論における該当項目」に整理している。



そもそも未熟性(早産)は、補償しない仕組みだったが...



28~32週は医学的には未熟性脳性麻痺では無い(=つまり分娩事故の可能性もある)にも関わらず、補償から外されていたことになる!!!

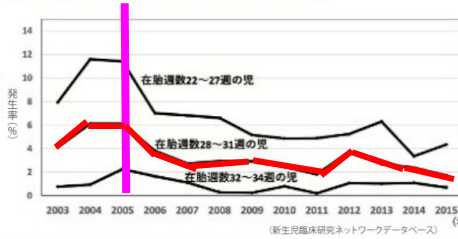


「脳性麻痺の発症率と医療水準は紐づいている」と意見交換会で機構から説明を受けました。
 それでは、いつ頃から脳性麻痺の発症率は減っていたのだろう??

❗ 在胎週数28週～31週の早産児については、
 周産期医療の進歩により脳性麻痺の発生率が
 減少している。

在胎週数28週～31週の早産児については、最近では脳性麻痺の発生率の減少が見られるように、出産前の母体へのステロイド投与および新生児への肺サーファクタント投与などの周産期医療や周産期管理の進歩により、医学的には「未熟性による脳性麻痺」ではなくなっています。

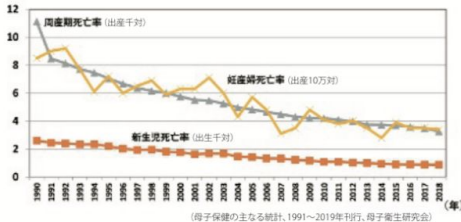
在胎週数別脳性麻痺の発生率の推移



2005年以降、脳性麻痺の発生率が減少しているのが見てとれます。



わが国の周産期医療の進歩



周産期医療の進歩により
 新生児死亡率などが
 年々下がっていますね。

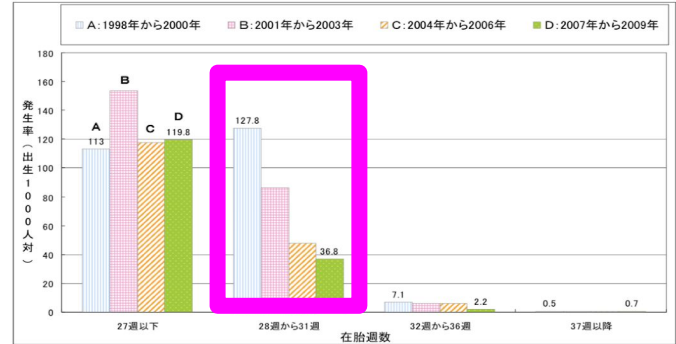


28-31週の脳性麻痺発症率が
 「2005年以降、脳性麻痺の発生率が減った」という
 のは、本当か??

第69回社会保障審議会医療保険部会
 における配布資料より抜粋

在胎週数・出生体重別の脳性麻痺発生率の推移 別紙6-資料3

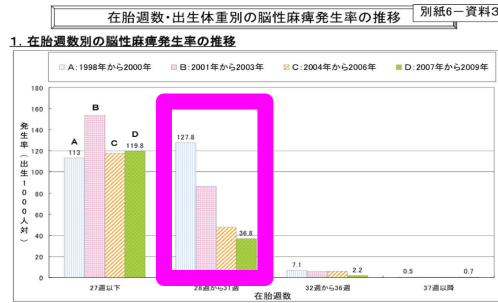
1. 在胎週数別の脳性麻痺発生率の推移



※沖縄県における1998年～2009年出生データを使用。脳性麻痺児のデータについては、1998年～2009年出生の脳性麻痺児370例を対象とした。

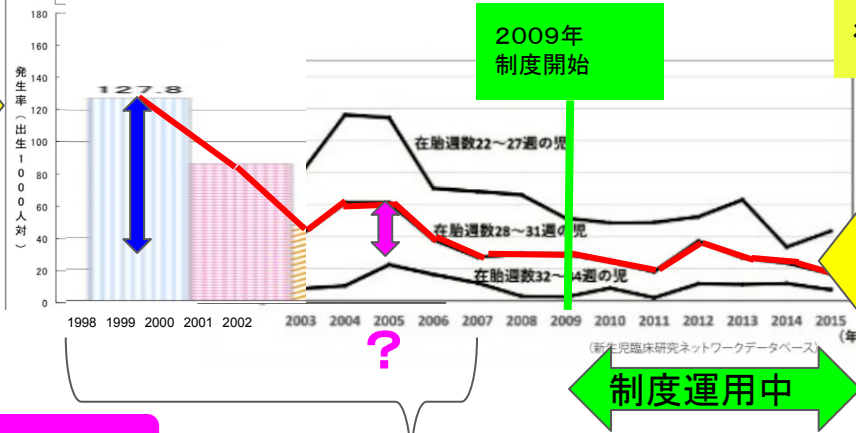
※もっと昔の1998～2009年出生児のデータ
 と併せて比べてみると・・・(次ページ)

第69回社会保障審議会医療保険部会
における配布資料より抜粋 (2013年)



※沖縄県における1998年～2009年出生データを使用。脳性麻痺のデータについては、1998年～2009年出生の脳性麻痺児370例を対象とした。

在胎週数別脳性麻痺の発症率の推移



このデータを
付け足すと..

2005年以降、脳性麻痺の発生率が減少しているのが見てとれます。

機構の人

脳性麻痺の発生率が減少していったのは2007年まで！

2007年から脳性麻痺の発症率にはほとんど変化はない。

制度開始当時の医学的水準は十分高かった！

個別審査の趣旨は未熟性を除去した上で分娩事故を補償することだったが、
そもそも 制度開始時 2009年から 28週以上の早産児は 医学的に未熟性ではなかった ...
つまり...未熟性として切り捨てて個別審査を設けたこと自体が間違っていた!!!
⇒はじめから個別審査は必要なかった!!

それを裏付ける、機構から厚労省への提出資料

第69回社会保障審議会医療保険部会における配布資料より抜粋

機構からの議事資料（2013年）

産科医療補償制度 検討資料

平成25年10月16日産科医療補償制度運営委員会

ヒアリング資料

作成

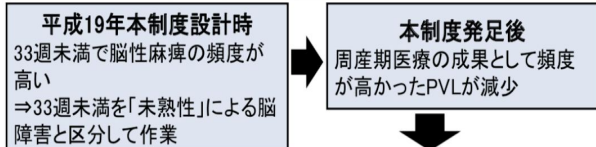
東京大学大学院医学系研究科

(産科医療補償制度医学的調査専門委員会委員)

岡 明

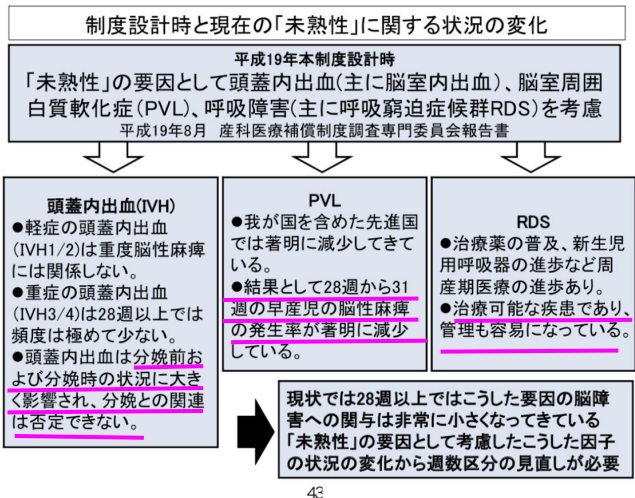
V. 結語 制度見直しについての提言

制度発足後の周産期医療の進歩と変化
28週以上早産児でのPVLが減少し脳性麻痺も著明減少
今回補償対象の週数区分の見直しが必要



平成25年医学的調査専門委員会調査
胎生28週から31週で出生した児での脳性麻痺の発生率に著明な減少(沖縄での調査で実証)

実情に対応した週数区分の見直しが必要
現状に対応し例えば在胎28週以上を原則として対象とするのが妥当



産科医療補償制度の補償対象基準見直し(案)

現行 早産児は補償対象が限定されている

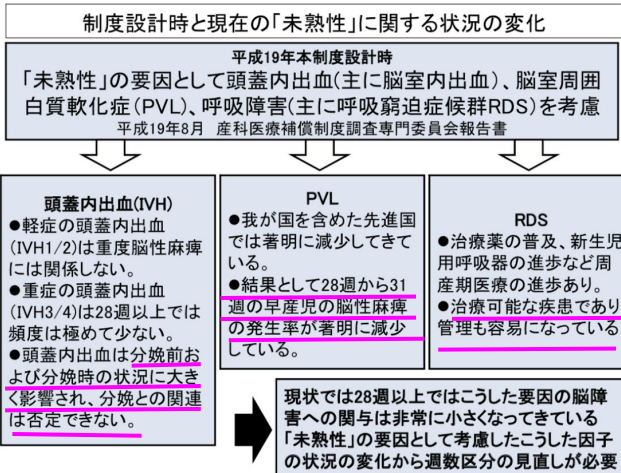
<p>一般審査 出生体重2,000g以上 かつ 在胎週数33週以上</p>
<p>個別審査 在胎週数28週以上 かつ 胎児心拍数モニターや臍帯血pHにより低酸素状態にあることが認められる場合</p>

見直し後

早産児もより広く補償対象とする

<理由>

- ・ 28週から32週は、制度立ち上げの時点で脳性麻痺の頻度が高いことを以て「未熟性」による脳障害と分類された。周産期医療の進歩により、28週以上の早産児での脳性麻痺の発生頻度が減少した変化を踏まえると、この週数で出生した脳性麻痺を「未熟性」によるという説明は適切ではなくなっている。
- ・ 例えば、在胎週数28週以上を一律一般審査とする、あるいはすべての児を対象とすることが医学的に妥当と考える。



43

2013年時点で、

すでに
医学水準は
向上している旨の説明

※つまり、
2013年時点でも
充分個別審査は撤廃できる
医学的水準にあったことが証明されていた。

産科医療補償制度の補償対象基準見直し(案)

現行 早産児は補償対象が限定されている

一般審査

出生体重2,000g以上 かつ 在胎週数33週以上

個別審査

在胎週数28週以上 かつ
胎児心拍数モニターや臍帯血pHにより低酸素状態にあることが認められる場合

見直し後

早産児もより広く補償対象とする

<理由>

- ・ 28週から32週は、制度立ち上げの時点で脳性麻痺の頻度が高いことを以て「未熟性」による脳障害と分類された。周産期医療の進歩により、28週以上の早産児での脳性麻痺の発生頻度が減少した変化を踏まえ、この週数で出生した脳性麻痺を「未熟性」によるという説明は適切ではなくなっている。
- ・ 例えば、在胎週数28週以上を一律一般審査とする、あるいはすべての児を対象とすることが医学的に妥当と考える。

28週以上を
一般審査とすることが
医学的に妥当であると
提言された。

しかし、2013年時点では
エビデンス(証拠)が
不十分(統計不足)...

なぜなら、検証に使用されるのは、その時より5~20年前のデータ。。。
(統計的にはこれは最新データ)

判断ができる人がおらず、
先延ばしにされた?!!

2015年改定では撤廃できず、
個別審査は続くことに。。

28週以上であれば、
医学的には未熟性とはいえない...

それでは、
我が子はなぜ
脳性麻痺になったのでしょうか???

28週-31週児の1000人中
970人は脳性麻痺にならないという
医学水準から察するに、

我が子たちは
受診した医師の処置次第では

脳性麻痺にならずに
すんだかもしれないのです。

私たちは、
本来なら受けなくても良い個別審査を
課せられたまま
補償されず取り残されたと感じています。。。

それを裏付けるかのように、

制度開始時直後から『個別審査で不公平が生じている』
と問題になり
機構で検証された結果がこちら...



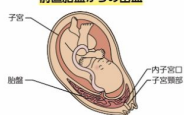


なぜ個別審査は撤廃されたのか？その② (2021年10月 機構発行)

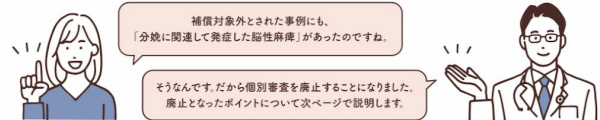


個別審査で補償対象外とされた児の約99%が、医学的には「分娩に関連して発症した脳性麻痺」と考えられる。

本制度の個別審査で補償対象外とされた児の約99%で、「分娩に関連する事象」または「帝王切開」が認められ、医学的には「分娩に関連して発症した脳性麻痺」と考えられました。

分娩に関連する事象が発生し、補償対象となった事例と同じような経過をたどって脳性麻痺を発症したにもかかわらず、個別審査の基準に該当しなかったため補償対象外となった具体例を紹介します。

分娩に関連する事象	低酸素状況を示さない主要因
前置胎盤からの出血 	<ul style="list-style-type: none"> 出生前に前置胎盤から突然大量出血が生じた場合、胎児心拍数モニターを装着できなかったり、臍帯動脈血のpH値が変化する前に緊急で児を娩出することが多いため、所定の低酸素要件が満たされることがあります。 胎盤が正常より低い位置(臍に近い側)に付着しているために胎盤が子宮の出口(内子宮口)の一部/全部を覆っている状態を「前置胎盤」といいます。
一絨毛膜性双胎 双胎間輸血症候群(TTTS) 	<ul style="list-style-type: none"> 血液中の酸素が十分であっても流れ込む血液の量が不足すれば脳性麻痺を発症しますが、その場合、胎児心拍数モニターや臍帯動脈血のpH値は反映しないことがあります。 双子の胎児が胎盤を共有している状態(一絨毛膜性双胎)の場合、二児の血管が胎盤でつながっているため、それぞれの胎児に送られる血液量のバランスが崩れ、十分な血液が届かなかった児の脳の組織が破壊されると脳性麻痺を発症します。(双胎間輸血症候群)
脳室周囲白質軟化症(PVL) 	<ul style="list-style-type: none"> 低酸素や脳の血液が足りない状態が生じたものの、出産時にはそれが回復した場合など、脳性麻痺を引き起こす事象が分娩直前よりも前に生じたときは、胎児心拍数モニターや臍帯動脈血pH値には反映しないことがあります。 血液がうまく行き届かないことなどにより、胎児の脳室のまわりの組織の一部が破壊され空洞化になっている状態を「脳室周囲白質軟化症」といいます。



個別審査で補償対象外とされた事例の99%が、実は、分娩に関連して発症した脳性麻痺だった！

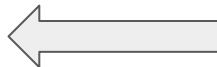
分娩に関する事象が発生し、対象となった事例と同じような経過で脳性麻痺を発症したにも関わらず、個別審査の低酸素状況の要件に該当しなかったもの

(例)前置胎盤からの出血、双胎間輸血症候群、脳室周囲白質軟化症(PVL)

臍帯動脈血の
血液総量が少ない(虚血)
⇒低酸素は示さないので
補償対象外



出産時に
酸素濃度が
回復していたら
補償対象外



臍帯動脈血の
血中酸素濃度が低い
⇒補償対象



1) 補償対象基準

工 分娩に関連する事象と個別審査の課題 (制度実績)

- 個別審査を満たさないことで補償対象外とされた414件と個別審査を満たし補償対象とされた423件について、その背景を比較したところ、同じ分娩に関連する事象があるにもかかわらず、個別審査を満たす事象と満たさない事象が存在している。
- これらの分娩に関連する事象は、妊娠・分娩経過において生じる脳性麻痺発症につながる事象であり、個別審査を満たす事象も満たさない事象も同様の経過をたどって脳性麻痺に至っていると考えられる。

2009-2014年	個別審査を満たさない事象の分娩に関連する主な事象		個別審査を満たす事象の分娩に関連する主な事象	
	件数	割合 (%)	件数	割合 (%) ^(※1)
下記のいずれかあり	409	98.8%	417	98.6%
帝王切開術	325	(78.5%)	327	(77.3%)
早産期前期破水	137	(33.1%)	104	(24.6%)
子宮内感染	106	(25.6%)	96	(22.7%)
一絨毛膜性双胎	65	(15.7%)	37	(8.7%)
低置・前置胎盤からの出血	46	(11.1%)	15	(3.5%)
常位胎盤早期剥離	14	(3.4%)	123	(29.1%)
子宮破裂 (切迫子宮破裂を含む)	8	(1.9%)	8	(1.9%)
臍帯脱出	1	(0.2%)	8	(1.9%)
胎児母体間輸血症候群	0	(0.0%)	4	(0.9%)
脳室周囲白質軟化症	316	(76.3%)	184	(43.5%)
低酸素性虚血性脳症	28	(6.8%)	141	(33.3%)
頭蓋内出血	24	(5.8%)	61	(14.4%)
上記のいずれもなし	5	1.2%	6	1.4%
合計	414	98.8%	423	100%

(※1) 割合は、合計に占める割合を示している。

補償された人と同じ経緯で脳性麻痺になり、
分娩事故の可能性もあるのに
補償されていない事例と、その割合

つまり、
補償対象外とされた人の
99% (ほぼ全員) には、
分娩事故の可能性があった！！

個別審査で 補償していない 補償した

...本制度は分娩事故を補償するための制度...それにも関わらず、
分娩事故の可能性のある人たちを補償できていなかった！！？



補償対象外とされた事例にも、
「分娩に関連して発症した脳性麻痺」があったのですね。

そうなんです。だから個別審査を廃止することになりました。
廃止となったポイントについて次ページで説明します。



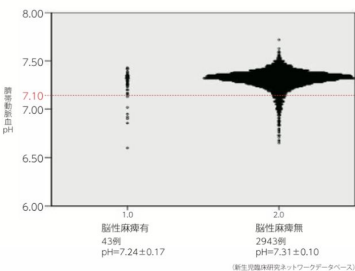
「だから廃止した」と言われても、落とされた人は、納得できません。

なぜ個別審査は撤廃されたのか？その③ (2021年10月 機構発行)

! 個別審査の要件である低酸素状況については、胎児心拍数モニター等で感知できる範囲に限界があり、脳性麻痺発症の有無で差を認めない。

胎児心拍数モニター等で感知できる範囲に限界があり、脳性麻痺の児と脳性麻痺が発症していない児のそれぞれの低酸素状況について分析したところ、臍帯動脈血pHの分布と胎児心拍異常の有無に大きな差はみられませんでした。

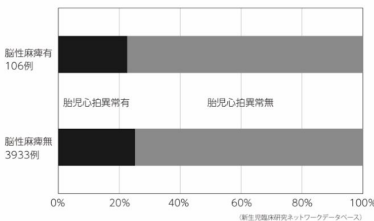
在胎週数28～31週の早産児の脳性麻痺発症と臍帯動脈血pH



個別審査の基準では、臍帯動脈血のpH値が7.1未満の場合に補償対象となりますが、脳性麻痺有の児が7.1以上を示す事例も多かったです。また、脳性麻痺有の児も脳性麻痺無の児も、臍帯動脈血pHの分布の傾向は同じでした。



在胎週数28～31週の早産児の脳性麻痺と胎児心拍異常



脳性麻痺有の児と、脳性麻痺無の児の「胎児心拍異常」の有無はほとんど変わらないのですね。



実際には、個別審査の基準に当てはまるかどうかは、**脳性麻痺の有無の判断にはならない**ことが判明した。
(個別審査の基準にはまるデータが有っても脳性麻痺にならない人もいるし、そのデータがなくても脳性麻痺になる人がいた...)

しかも、**どちらかというと基準に当てはまっている子供の方が実際には脳性麻痺にはならない**、
という結果もあった(医師が迅速に対応したためと推測されている)
(例:胎児心拍モニターの異常)。

脳性麻痺有の児と、脳性麻痺無の児の「胎児心拍異常」の有無はほとんど変わらないのですね。



つまり、これらの要件では、分娩事故であるかどうかを判別できていなかった??

脳性麻痺の発症につながる証拠として認められていた「個別審査基準」

②在胎週数28週以上であって、以下の(1)、(2)のいずれかに該当する児

- (1)低酸素状況が持続して臍帯動脈血中の代謝性アシドーシス(酸性血症)の所見が認められる場合(pH値が7.1未満)
- (2)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などによって起こり、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1時間以内の児の血液ガス分析値(pH値が7.0未満)

脳性麻痺の発症につながる証拠として設けられていた「個別審査基準」
(2015-2021年版)

分娩事故であるかどうか

判別できない基準...

そんな基準で

私たちは落とされていた...

②在胎週数28週以上であって、以下の(1)、(2)のいずれかに該当する児

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

(2)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などによって起こり、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1時間以内の児の血液ガス分析値(pH値が7.0未満)

3.2 掛金

本制度の掛金は、1分娩（胎児）あたり、以下の通りとなります。

◆2009年から2014年までに出生した児に適用 ★2015年から2021年までに出生した児に適用

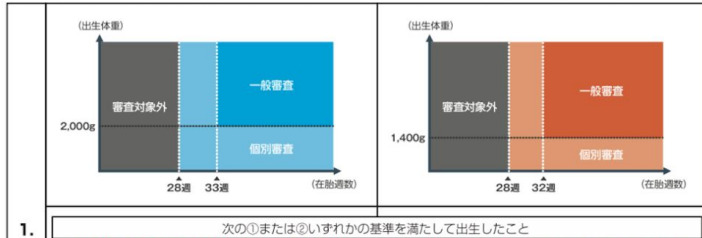
産科医療 補償制度専用 Webシステム	利用する 場合	30,000円 ／1分娩（胎児）	16,000円／1分娩（胎児）
	利用しない 場合	30,500円 ／1分娩（胎児）	16,500円／1分娩（胎児）

※上記掛金には、分娩機関の廃止や制度等に伴い支払責任を引き継ぐための経費（廃止時預かり金）100円が含まれています。

※廃止時等預かり金100円は、一旦徴収を取りやめることとなりました。
※本来必要となる掛金の額は、1分娩あたり24,000円となりますが、本制度の剰余金から1分娩あたり8,000円が充当されるため、分娩機関から支払われる1分娩あたりの掛金は16,000円となります。

3.3 補償対象

本制度では、加入分娩機関の医学的管理下における分娩により出生した児が次の基準を満たし、運営組織が補償対象として



① 出生体重が2,000g以上であること
② 出生体重が1,400g以上であること

② 在胎週数28週以上であって、以下の(1)、(2)のいずれかの場合に該当する児

- (1) 低酸素状況が持続して動脈血中の代謝性アシドーシス（酸性血症）の所見が認められる場合（pH値が7.1未満）
- (2) 胎児心拍数モニターにおいて特に異常のなかった症例で、通常、前兆となるような低酸素状況が前置胎盤、常位胎盤早期剥離、子宮破裂、子癇、臍帯脱出等によって起こり、引き続き、次のいずれかの胎児心拍数パターンが認められ、かつ、心拍数基線細変動の消失が認められる場合
 - イ 突発性で持続する徐脈
 - ロ 子宮収縮の50%以上出現する遅発一過性徐脈
 - ハ 子宮収縮の50%以上出現する変動一過性徐脈
- (2) 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、次のいずれか以下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%以上出現する遅発一過性徐脈
 - ハ 子宮収縮の50%以上出現する変動一過性徐脈
 - 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 サイテリウム（タール）
 - ト アアガスコア1分値が3点以下
 - チ 生後1時間以内の児の血液ガス分析値

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

- (1) 先天性要因 両側性の広範な脳形質、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 分娩後の感染症など このほか、児が生後6ヶ月未満で死亡した場合は、補償の対象となりません。

※(1)「先天性要因」に示される疾患などがある場合でも、それだけをもって一律に補償対象外とするものではありません。重篤な産科

●2022年1月1日以降に出生した児に適用

12,000円／1分娩（胎児）

12,500円／1分娩（胎児）

※本来必要となる掛金の額は、1分娩あたり22,000円となりますが、本制度の剰余金から1分娩あたり10,000円が充当されるため、分娩機関から支払われる1分娩あたりの掛金は12,000円となります。

認定した場合に、補償金を支払います。ただし、下記記載の先天性要因等の除外基準に該当する場合は補償の対象とはなりません。



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

だから、
個別審査は撤廃！！

今後、2022年生まれの子から
だけ、28週以上は全員一般審査で
審査する。
(妊婦と産科医師がそういう契約に
サインをした上で出産に立会っている。)

今後も2021年12月31日生まれまでには個別審査基準が適用されます！！

なぜそのような基準で

審査することが

いままで続けられていたのか...



このような意見があり、個別審査撤廃は先送りになっていった。

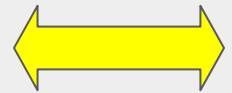
第69回社会保障審議会医療保険部会 議事録 抜粋(2013年)

補償対象となる脳性麻痺の基準および補償水準等の検討状況について

(健康保険組合連合会) 特例で補償金を支払うのはやめるのが本来あるべき姿だが、制度は効果がある仕組みであり、急にやめられない。制度の理念を変えずに見直してほしい。

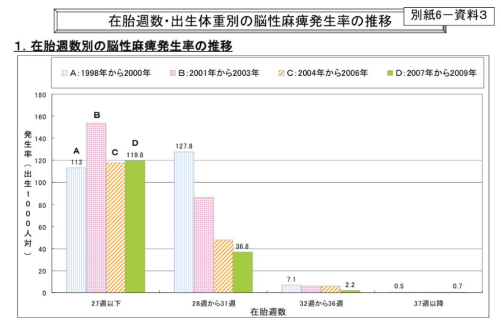
(健康保険組合連合会) 医学的に正しい見解であればよい。東京大学の先生の資料をみても28-31週と32-36週にはまだ差がある。わたしは専門家ではないが、この差は医療事故によるものではなく、未熟児性や先天的な要因によると思う。28週～32週生まれに対しては個別審査で判断できるので、現行の基準でもおかしくない。

(全国健康保険協会) 脳性麻痺の基準に関する議論は、保険者の理解を得ること。医学的エビデンスに基づいて議論すること。

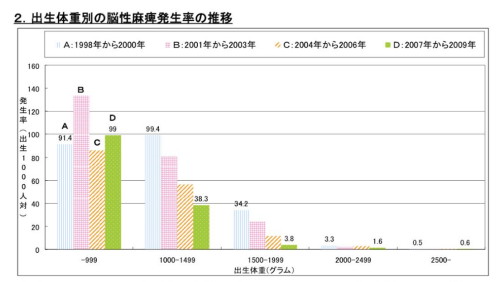


データ数がまだ溜まって無いのに根拠を求められても... 結局、「28週以上を一般審査に！」という提案を跳ね返した資料とは... 1998-2009年のデータ(2013年当時)

しかし今振り返ると、個別審査基準には、医学的に合理性がなかった... つまり、医学的には正しく判断できていなかったのに、2013年にはそれを示すデータがなく、個別審査は続けられた...



※沖縄県における1998年～2009年出生データを使用。脳性麻痺発症のデータについては、1998年～2009年出生の脳性麻痺発症370例を対象とした。



※沖縄県における1998年～2009年出生データを使用。脳性麻痺発症のデータについては、1998年～2009年出生の脳性麻痺発症370例のうち欠損のない368例を対象とした。

自分たちは分娩事故に遭っても
補償されると思って制度に登録をしたのに、

その契約に定められていた「個別審査の存在」は、
実際の医療現場の実態に即していなかった...

そして

私たちが受けた個別審査の基準には、
医学的合理性がなかった...

それなのに、私たちの審査自体は終わったものとして
取り残されたまま、補償されない...

なぜ 制度改定を するの？

制度改定前、早産児は、脳性麻痺の発生率が高いことから、分娩とは無関係な「未熟性（未熟性麻痺）」が多く考えられ、個別審査を設けて、低酸素状態がある場合にのみ補償対象とされました。

！ 在胎週数28週～31週の早産児については、
周産期医療の進歩により脳性麻痺の発生率が
減少している。

在胎週数28週～31週の早産児については、最近脳性麻痺の発生率が減少するように、出生前の母体へのケアが改善された結果、分娩ケアが改善されたことによる周産期医療や周産期管理の進歩により、医学的には「未熟性による脳性麻痺」ではなくなっています。

在胎週数脳性麻痺の発生率の傾向



2009年以降、脳性麻痺の発生率が減少しているのが見えます。

わが国の周産期医療の進歩



周産期医療の進歩により、胎児死や新生児の死亡率が減少しています。

！ 個別審査で補償対象外とされた児の約99%が、
医学的には「分娩に関連して発症した脳性麻痺」と
考えられる。

本制度の個別審査で補償対象外とされた児の約99%が、「分娩に関連する事象」または「特定切開」が認められ、医学的には「分娩に関連して発症した脳性麻痺」と考えられる。

分娩に関連する事象が認められ、補償対象外とされた児のうち約5割は産後2週間以内に脳性麻痺を発症したにもかかわらず、個別審査の結果に該当しなかったため補償対象外となつた事例が報告されています。

分娩に関連する事象	脳性麻痺発症と関係しない原因
胎盤胎膜からの出血 	①胎児が胎盤から胎盤大動脈が断れることにより、胎児心拍数モニターを装着するまでの間に、胎盤胎膜出血が胎児の脳に浸透する可能性があるため、胎児の脳性麻痺発症の原因とされることがあります。 ②胎児が子宮内出血（胎盤出血）により倒れている間に胎児が子宮の出口の子宮頸の一部に巻き取られて胎盤を破損している場合があります。
一過性脳循環不全 脳動脈硬化症（TIA） 	③胎児が産後30分程度も経って脳出血が認められるのは脳性麻痺の原因と見なされることがあります。 ④胎児の胎盤が脱落を待たずに分娩時に一過性脳循環不全の症状、二次的脳出血が認められることも、その後の脳出血と関係が認められることがあり、半分以上は胎児が分娩時に胎盤が脱落されることと脳性麻痺発症と見なされます。（脳性麻痺発症原因）
胎盤出血/胎盤付着異常/胎盤早期剥離 	⑤胎盤出血や胎盤付着異常は胎児の脳に直接関係しないため、胎盤出血にのみ関係した場合は、脳性麻痺発症の原因と見なされることがあります。胎盤出血や胎盤付着異常は胎児が分娩時に胎盤が脱落されることと脳性麻痺発症と見なされます。（脳性麻痺発症原因）

補償対象外とされた事例にも、分娩に関連する事象が認められた事例もあつたためです。もちろん、分娩に関連する事象が認められなかった事例もあつたためです。ただし、分娩に関連する事象が認められた事例もあつたためです。もちろん、分娩に関連する事象が認められなかった事例もあつたためです。

！ 個別審査の要件である低酸素状態については、
胎児心拍数モニター等で感知できる範囲に限界が
あり、脳性麻痺発症の有無で差を認めない。

胎児心拍数モニター等で感知できる範囲に限界があり、脳性麻痺の発症と脳性麻痺が発症していない児のそれぞれの低酸素状態について分析したところ、胎児心拍数pHの分布と胎児心拍異常の有無に大きな差はみられませんでした。

在胎週数28～31週の早産児の脳性麻痺発症と胎児心拍数pH



個別審査の要件では、胎児心拍数モニターで感知できる範囲に限界がありますが、脳性麻痺発症児が1以上胎児心拍異常を認めたと、また、脳性麻痺発症児と脳性麻痺発症していない児のそれぞれの低酸素状態について分析したところ、胎児心拍異常の有無に大きな差はみられませんでした。

在胎週数28～31週の早産児の脳性麻痺発症と胎児心拍異常



脳性麻痺発症の有無、脳性麻痺発症の「胎児心拍異常」の有無にほとんど差はないのです。

(産科医療補償制度 HP引用、2021.10発行)

ここで注目すべき「2022年改定に向けて用いられたデータ」とは、
2009-2014年に個別審査で対象外となった人のデータ！

私たちの出産データが「個別審査が医学的に不合理だった」と裏付ける「エビデンス＝根拠」となったのである。

しかし、個別審査基準が撤廃されるのは2022年出生児からのみ...

なぜ、、、???

機構には制度運用で余った剰余金が635億円(2020年時点)も存在するため、そちらからの救済をお願いします！！

そもそも、なぜ剰余金は発生したのか... (親の会 調べ)

- ◎運用のリスクを考えて、掛金は安全率を掛けた金額設定にしたため（当初は一分娩あたりの掛金＝30000円）。
- ◎個別審査の半数を対象外とし、補償しなかったため。（500人分だと150億円が未払い）
- ◎明らかに過失のあるケースは、機構が払った補償金を医療機関に請求し、機構が補償していた額を返金してもらえるため。⇒その結果、機構は「無過失のものだけ補償」したことになる。これが無過失補償制度と言われるゆえん。（求償）

「剰余金は将来生まれる子どもに使いたい」 と厚労省が説明をしている真意は？ ⇒ 出資者(医療保険者)への返金

・多額の剰余金が発生

⇒ 医療保険者(掛金出資者とされている所)からすると「掛金を払いすぎた！！」

⇒ 保険者は、本来「返金」をしてほしかったが、掛金の支払いが複雑で断念...

⇒ 返金が難しいので、今後の出産一時金(医療保険者)からの掛金への支払い金額を減額することで調整

(すでに2015年出産から剰余金は掛金に充当されています)

※しかし、剰余金635億円は、分娩事故の可能性がありながらも、個別審査が存在したために補償されなかった脳性麻痺児がいたからこそ溜まったお金ではないでしょうか...？

返金は、医療保険者の集まり(医療保険部会)でもう決まったから、変更できないとの説明。。

3.2 掛金

本制度の掛金は、1分娩（胎児）あたり、以下の通りとなります。

◆2009年から2014年までに出生した児に適用 ★2015年から2021年までに出生した児に適用

産科医療 補償制度専用 Webシステム	利用する 場合	30,000円 ／1分娩(胎児)	16,000円／1分娩(胎児)
	利用しない 場合	30,500円 ／1分娩(胎児)	16,500円／1分娩(胎児)

※上記掛金には、分娩機関の廃止や倒産等に伴い支払責任を引き継ぐための経費(廃止時等預かり金)100円が含まれています。

※廃止時等預かり金100円は、一旦徴収を取りやめることとなりました。
※本来必要となる掛金の額は、1分娩あたり24,000円となりますが、
本制度の剰余金から1分娩あたり8,000円が充当されるため
分娩機関から支払われる1分娩あたりの掛金は16,000円となります。

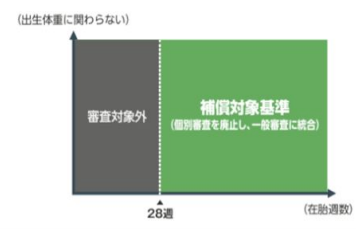
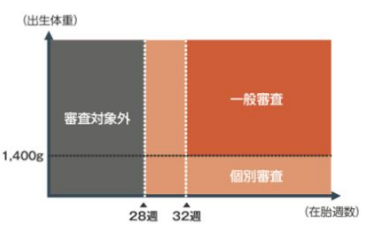
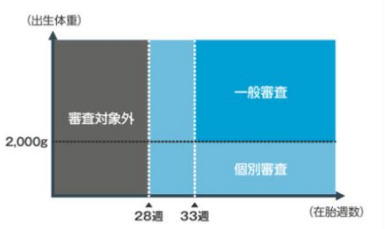
●2022年1月1日以降に出生した児に適用

12,000円／1分娩(胎児)
12,500円／1分娩(胎児)

※本来必要となる掛金の額は、1分娩あたり22,000円となりますが、本制度の剰余金から1分娩あたり10,000円が充当されるため
分娩機関から支払われる1分娩あたりの掛金は12,000円となります。

3.3 補償対象

本制度では、加入分娩機関の医学的管理下における分娩により出生した児が次の基準を満たし、運営組織が補償対象として



1. 補償対象
- 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出生体重が2,000g以上かつ在胎週数33週以上
 - ②出生体重が1,400g以上かつ在胎週数32週以上
- ※①を満たす場合、分娩中の異常や出生時の仮死がなくても、この基準を満たすこととなります。

認定した場合に、補償金を支払います。ただし、下欄記載の先天性要因等の除外基準に該当する場合は補償の対象とはなりません。

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

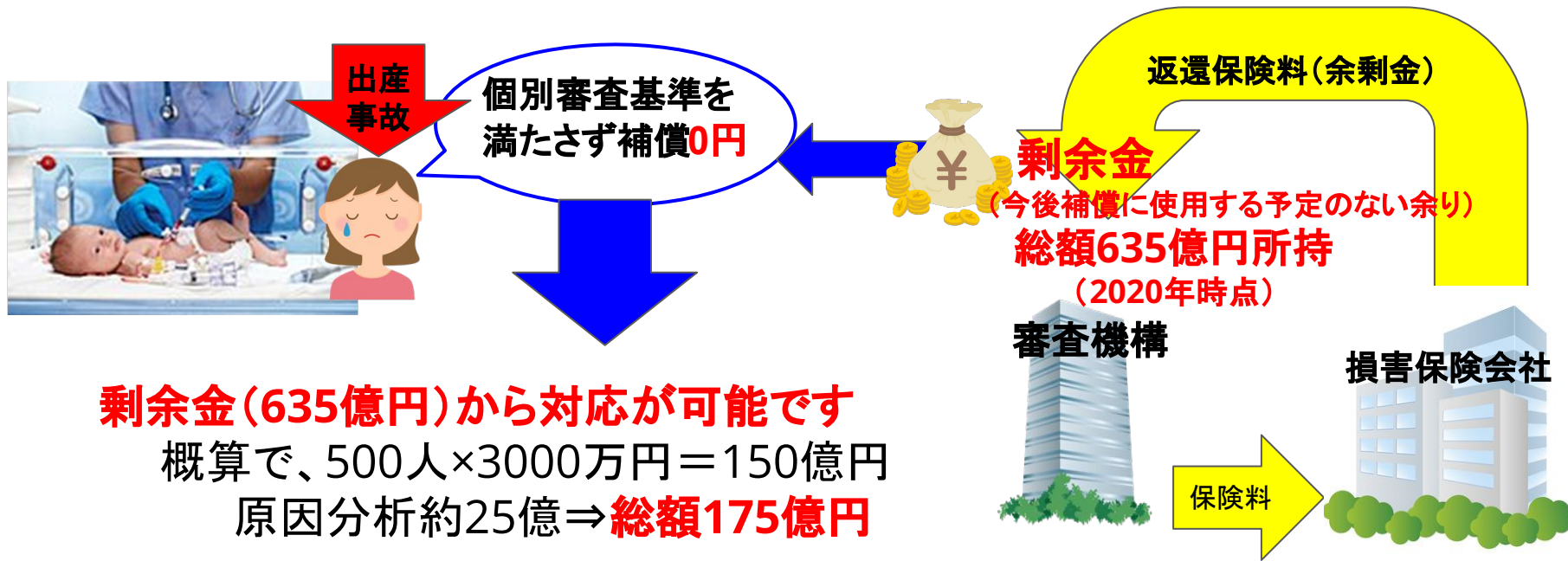
剰余金からの掛金への充当金額 = 0円 ⇒ 8000円 ⇒ 10000円

本来の掛金 = 30000円 ⇒ 24000円 ⇒ 22000円

剰余金から充当され、一分娩につき10000円減少していく...

私たちは、高い掛け金を払いながら厳しい基準で審査されていた。これは何の罰なのだろうか ...

まずは個別審査対象外児にも剰余金635億円からの補償を求めます！！



剰余金(635億円)から対応が可能です

概算で、500人×3000万円=150億円

原因分析約25億⇒**総額175億円**

私たちが妊娠中に支払った保険金のうち、今後補償に使用する予定のない剰余金は、なんと635億円も存在しています。635億円は、もともとは私たちの子どもが脳性麻痺児となるかもしれないリスクに対して支払い、残った保険金(剰余金)です。まずは、医療ミスや医師のスキルの差で脳性麻痺となったかもしれない子どもたちに還元されるべきではないでしょうか？

635億円の剰余金を活用すれば、十分に補償可能です。今までに個別審査で対象外となった子どもたち約500人にも平等な補償(3000万円)をお願いします

【親の会視点のまとめ】

在胎週数28週以上の児が 個別審査基準で審査された目的は？

⇒そもそも個別審査基準は、
2009年以前の時点では「未熟性と考えられていた在胎週数が28－32週
(2015年からは28-31週)」において、未熟性の脳性麻痺を落とした上で、
医療事故だけを補償しようとしたために出来た基準。

在胎週数28週以上の児への個別審査が撤廃されたのは...

制度運営で集まった『2009年以降で出産した私たち自身のデータ』が研究された結果、

- 28週以上であれば医学的には未熟児ではない =そもそも個別審査は必要がなかった。
- 未熟性として落とされた人のうち『分娩事故として補償するための個別審査基準』には、医学的に合理性がなく、分娩事故による脳性麻痺発症かどうかの判断ができていなかった。
- 個別審査で対象外とされた人の99%にも、分娩事故の可能性があった。

だから、個別審査は撤廃に至ったのである。

そして、これらのエビデンス(裏付ける証拠)は

『私たちの出産データ』から得られたものである。

機構の資料を見て、我が子は脳性麻痺に『されてしまった』と思いました。

素直な疑問....

この対応で、
果たして産科医療の医師を
裁判から
守ることができるのだろうか？



制度の設立趣旨に反しているのでは??

脳性麻痺の発生率と 医療水準は

紐づいております

(意見交換会での厚労省・機構の発言)



私たちの出産データを用いて
「医学水準は向上していた」
「個別審査で対象外とされた脳性麻痺児の99%にも分娩事故の可能性があった」
「個別審査基準には医学的合理性がなかった」
とのエビデンス(根拠)が得られたのであれば、

これから生まれる人の
医療を補償する前に、
私たちが受けた医療を
きちんと補償してください。
原因分析をしてください。



そのためにも、
2009-2021年生まれのため個別審査を受けて
対象外とされた脳性麻痺児も

2022年出生児と同等に扱い、

公平に

「補償対象基準＝28週以上」を適用し
一般審査をしてください。

それが私たちの願いです。

