

正常分娩の保険適用化がもたらす影響を考える ～ 有床診療所の立場から～

第185回 日本産婦人科医会記者懇談会
日本記者クラブ 令和6年5月8日

日本医師会 常任理事
濱口 欣也

骨太の方針 2021、2023より抜粋

骨太の方針 2021・2023

『地域の産科医療施設の存続など安心安全な
産科医療の確保』

メニュー

- I. 日本の出産を巡る状況について
- II. 出産費用について
- III. 有床診療所としての視点

我が国における「出産」をめぐる状況(現時点まで)

I. 需要(出生数・サービスニーズ)

- ・減少傾向。
- ・妊婦ニーズは多様化

II. 供給(医療提供体制)

- ・分娩取扱い医療施設数は減少傾向
- ・地域差が拡大
- ・安全性は世界一

III. 費用(制度・価格)

- ・大正11年健康保険法施行時～「現金給付」
- ・価格は年々上昇傾向(年1%程度)

「出産」をめぐる今後の傾向・動向

I. 需要（出生数・ニーズ）

- ・出生数は今後も減少傾向
- ・個々の妊婦の背景・ニーズの多様化

II. 供給（医療提供体制）

- ・医療施策（三位一体改革*）の影響

III. 費用

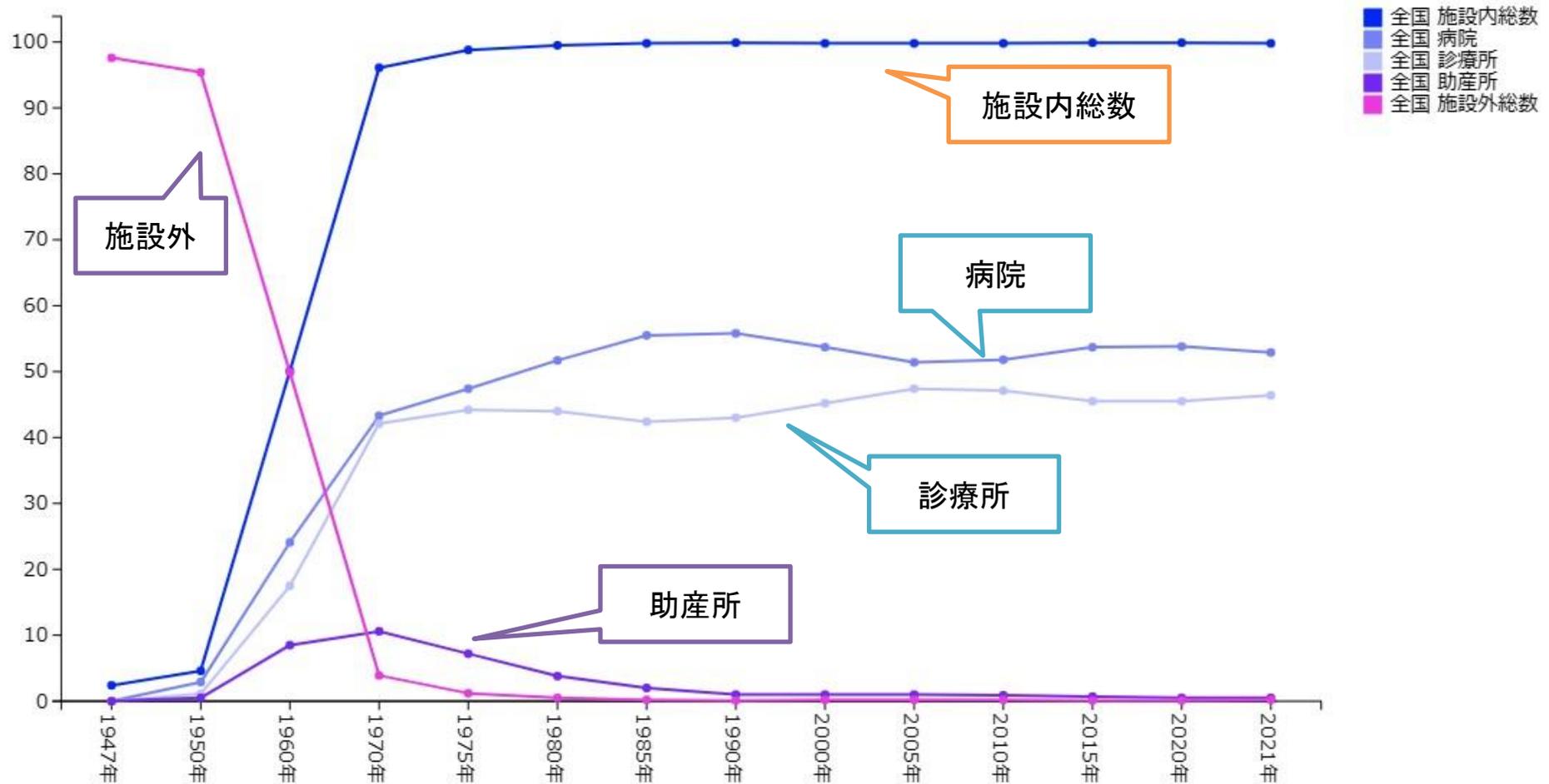
- ・出産費用の見える化
- ・**出産費用の保険適用化の検討**

* 三位一体改革:働き方改革・地域医療構想による集約化や機能分化・医師の地域偏在是正

・医師の働き方改革は2024年4月より上限付き時間外労働時間規制開始

・地域医療構想、医師の地域偏在是正は取組中ではあるものの現状で著しい進捗はまだない状況。

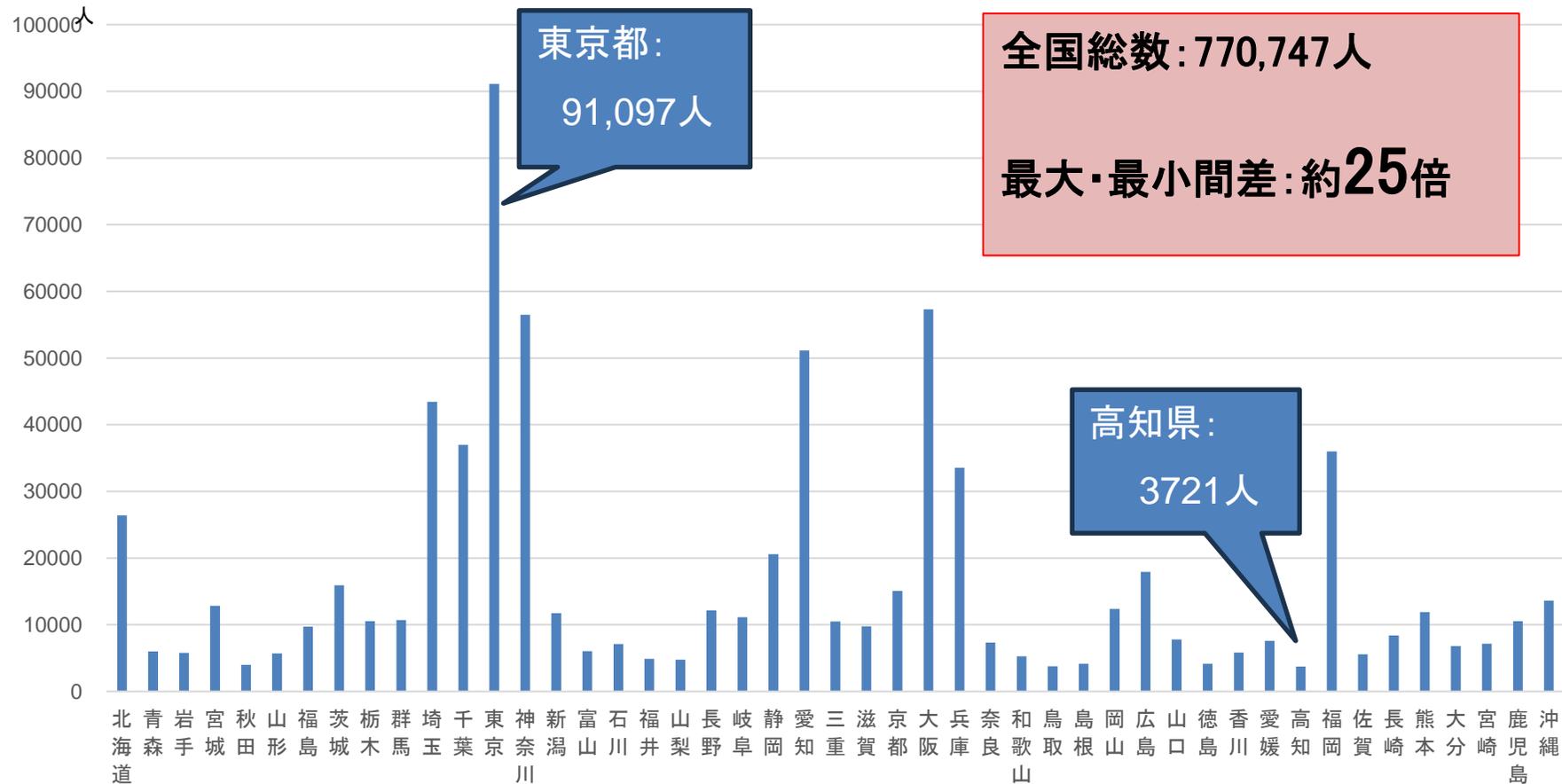
出産場所の経時推移



出典: 人口動態調査 出生の場所別に見た年次出生数百分率 <https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003411600>

令和4年の出生数(都道府県別)

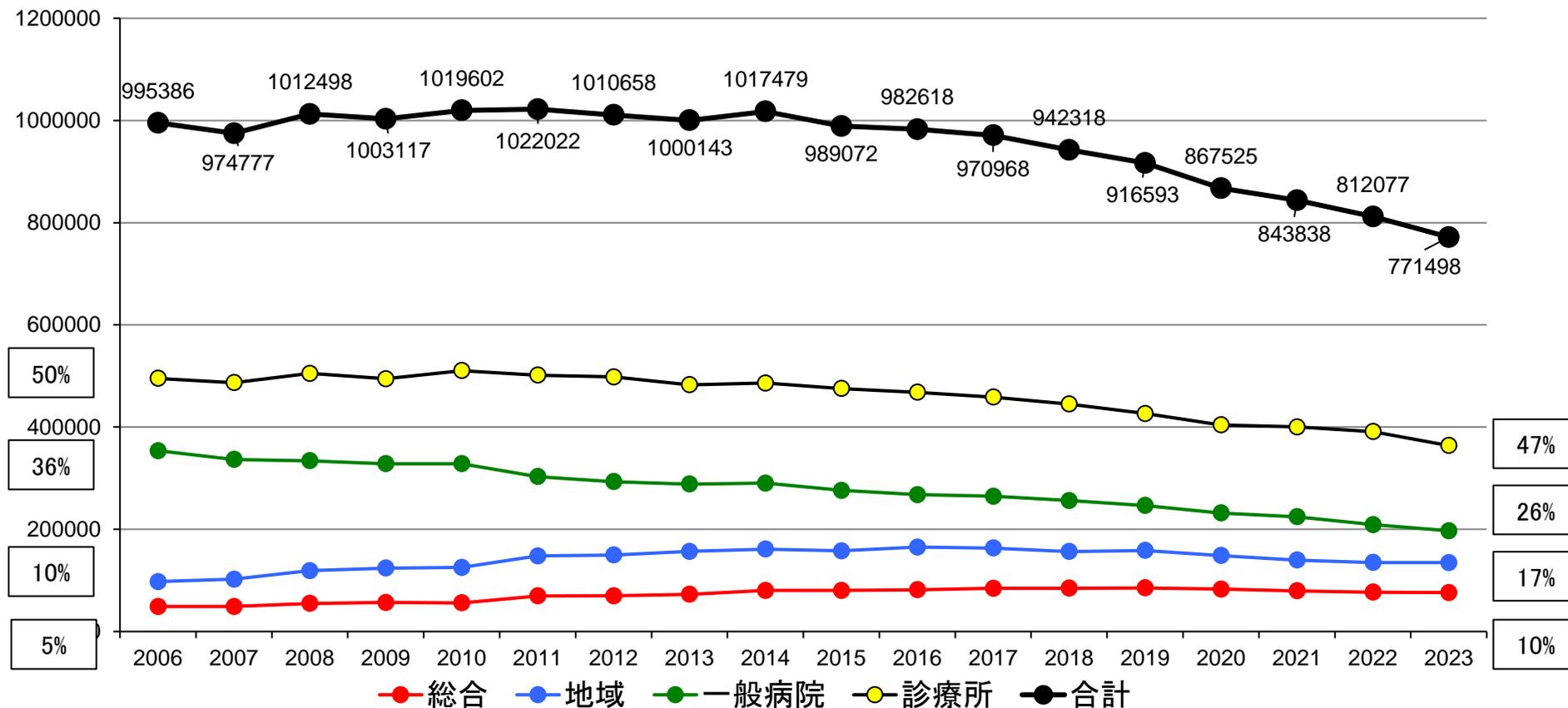
都道府県別出生数(令和4年度)



データ: 令和4年人口動態統計月報年計(概要)より

取扱い分娩数の推移(施設別内訳)

取扱分娩数の推移



出典：日本産婦人科医会施設情報調査2023

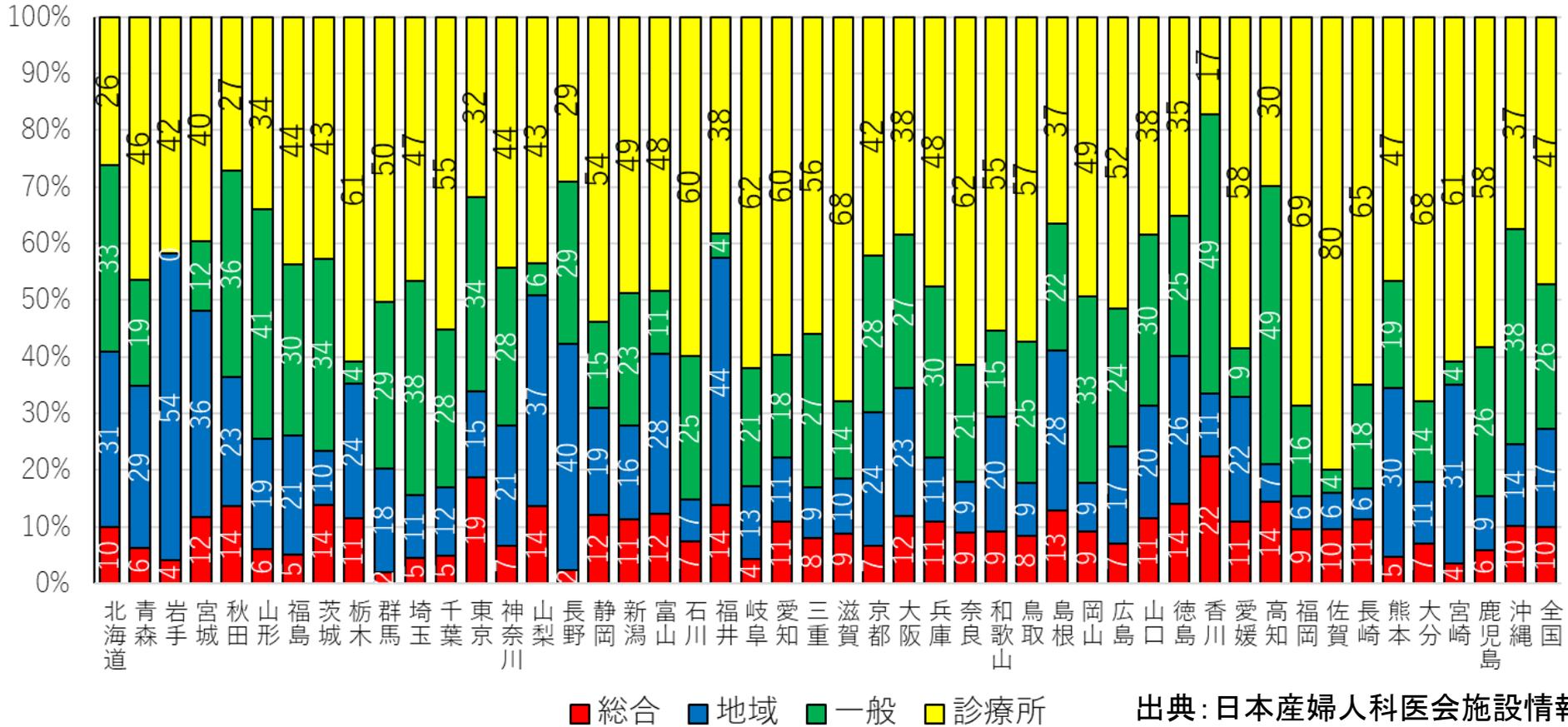
・周産期母子医療センター(総合、地域合計) > 一般病院

・診療所の分娩取扱い割合：約半数(47%)

全国的には分娩の取扱は1次施設と3次施設への二極化が進んでいる。

都道府県別施設別の分娩取扱い件数の割合（2023年）

都道府県における施設毎の分娩取扱割合



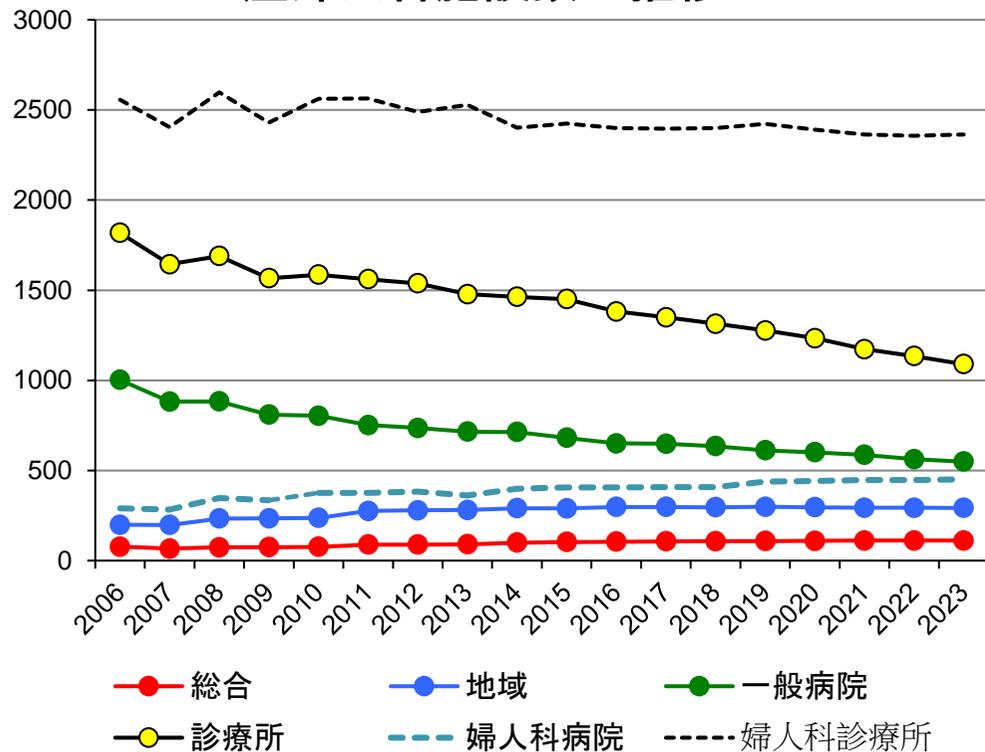
出典：日本産婦人科医会施設情報調査2023

診療所での分娩割合は、地域差あり。(80%：佐賀県～17%：香川県)

- ・中京圏・九州で高く、首都圏・大阪周辺、北海道・東北で低い傾向。
- ・同一地域内でも差がある。(例：首都圏内 東京都32% 千葉県55%)

産婦人科医療提供体制（施設数と医師数の推移）

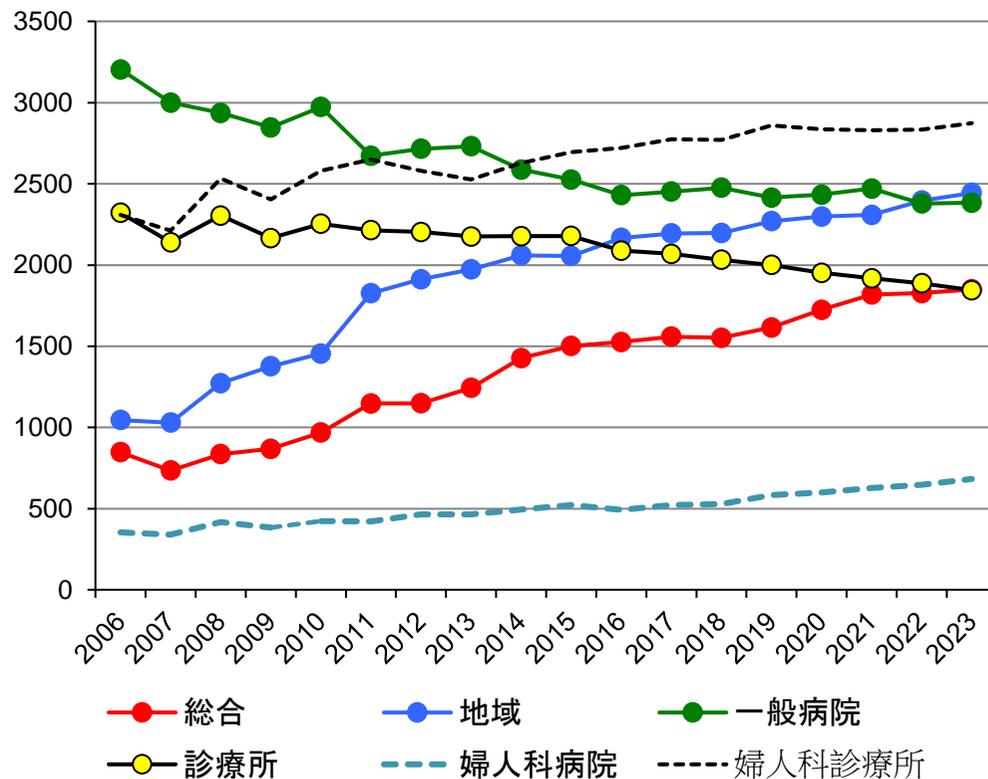
産婦人科施設数の推移



2006年→2023年比較

全施設: 5,946→4,859施設 (18%減).
 分娩取扱診療所: 1818→1090施設 (40%減).
 一般病院: 1003→550施設 (45%減).
 総合: 78→112施設 (44%増).
 地域: 199→293施設 (47%増).

医師数の推移



2006年→2023年比較

全医師: 10,083→12,079名 (20%増).
 分娩取扱診療所: 2322→1845名 (21%減).
 一般病院: 3204→2384名 (26%減).
 総合: 848→1850名 (118%増).
 地域: 1046→2444名 (133%増).

産婦人科医療提供体制(都道府県別)(常勤医師数/施設 施設数/病院分娩数1000件)

図 3. 病院分娩数千当たりの施設数(総合, 地域, 一般合算)

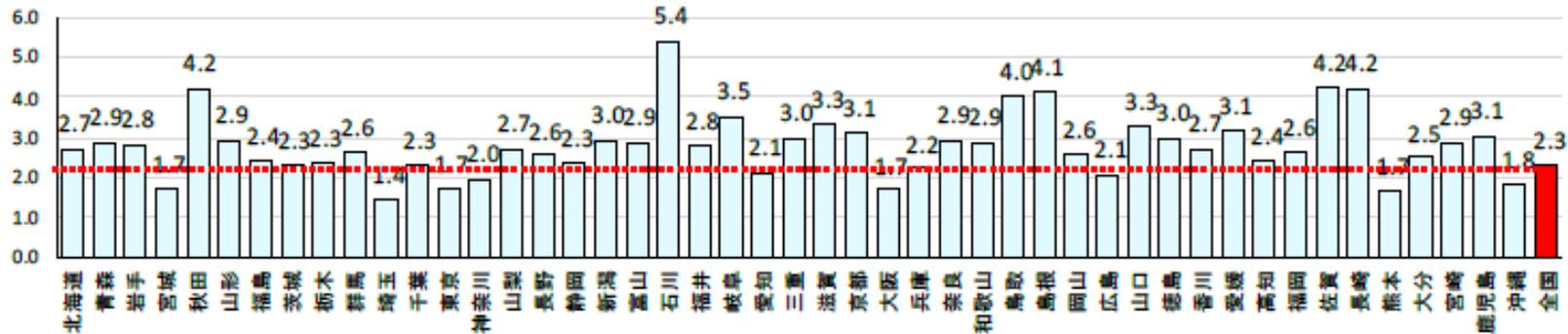
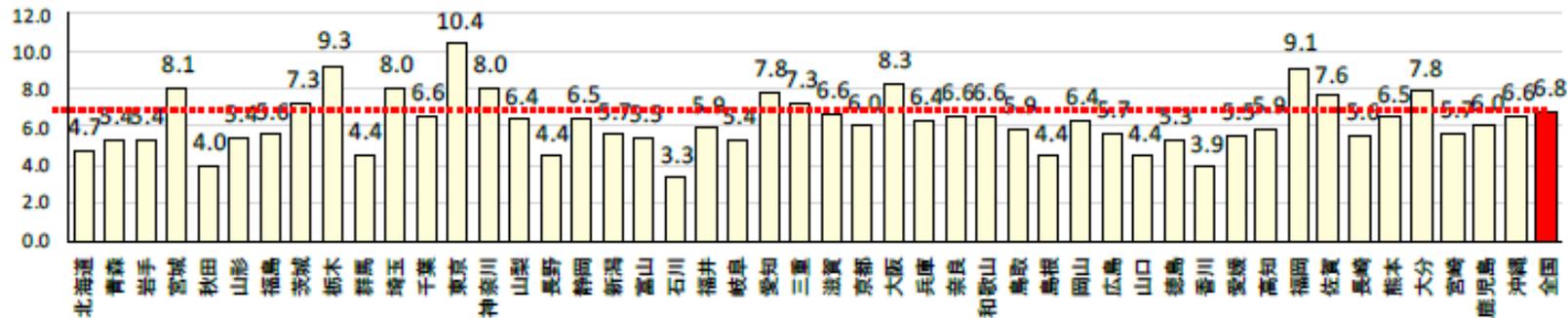


図 4. 施設当たりの常勤医師数(総合, 地域, 一般合算)



日本産婦人科医会施設情報調査 2021、2022

病院分娩1000件あたりの施設数は最大5.4(石川県) 最小1.4(埼玉県) で約4倍の差

1施設あたりの常勤医師数は最大10.4(東京都) 最小3.3(石川県) で約3倍の差

施設数が多い自治体では施設当たりの医師数少ない傾向

産婦人科医師数の推移と年齢構成

2018年と比較した2021年の産婦人科常勤医師数の増減(全国 +421名)

日本産婦人科医会施設情報調査2018, 2021

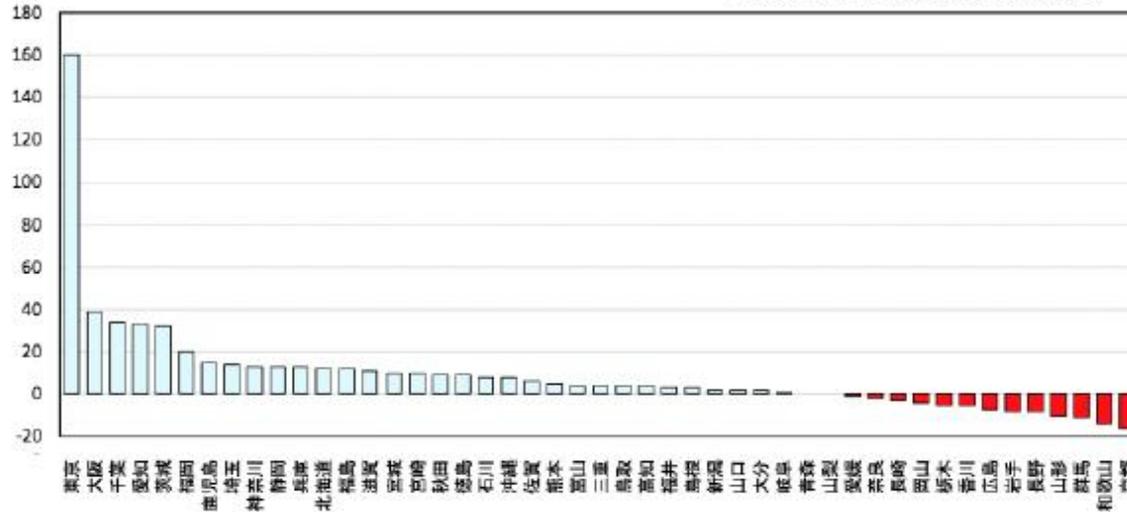
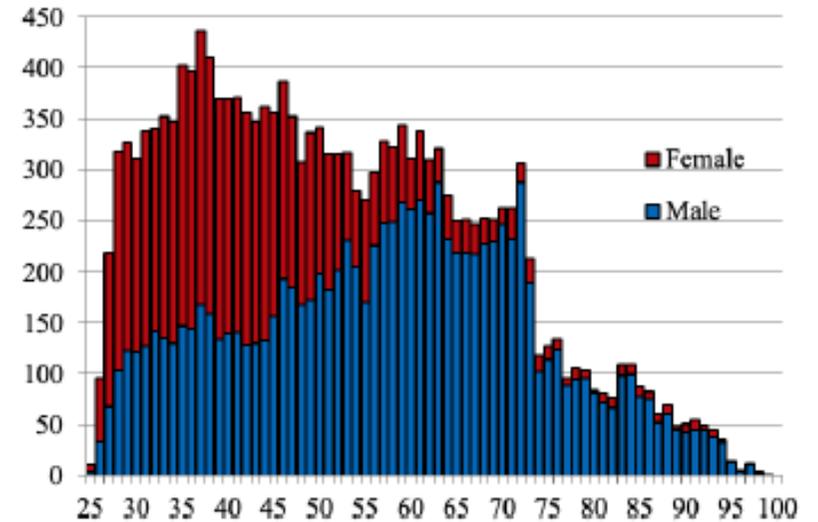


図9. 年代別学会会員数(2021年)



「産婦人科医療改革グランドデザイン2023」図2、図9より

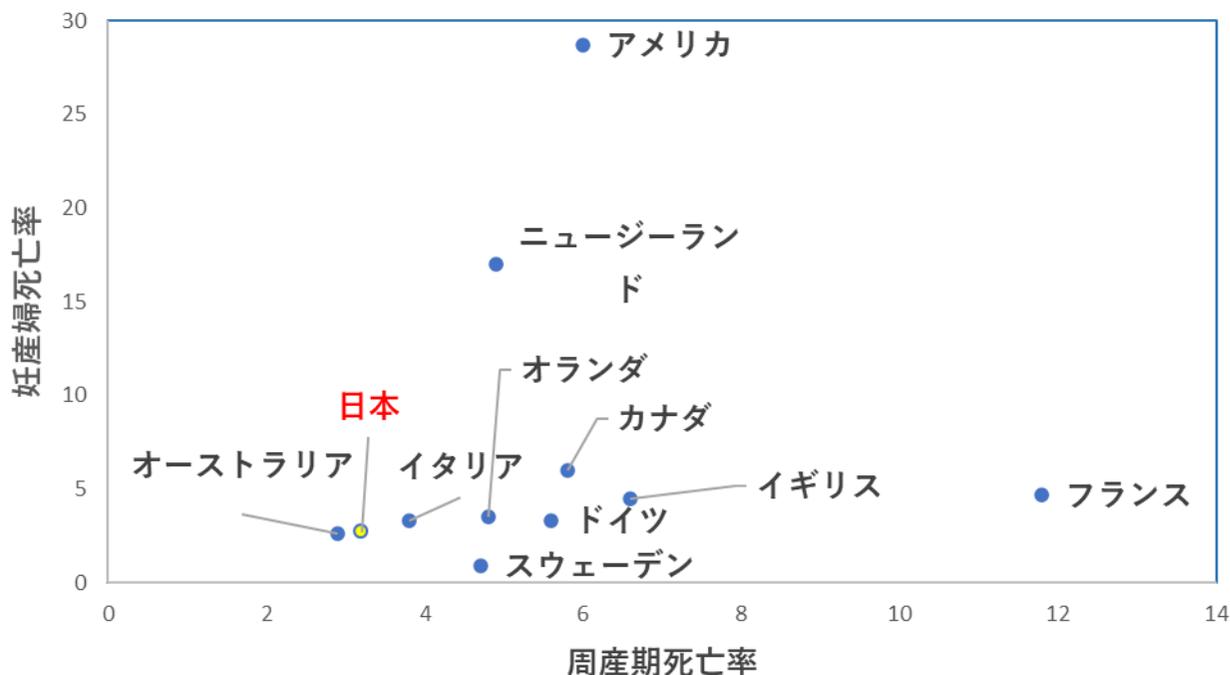
- 都道府県別産婦人科常勤医師数(2018年と2021年の比較):
 - 産婦人科専門医の約38%は60歳以上
 - 特に地方では、高齢の産婦人科医が地域の医療を支えている。
- 東京都は大幅増加。ほか都市部を中心に増加
- 一方、約1/3の地方都市では減少

地域の医療提供体制の差 が拡大傾向 (都市部集中 + 地方での高齢化)

⇒ 将来の地域産科医療提供体制への懸念

周産期医療の安全性(諸外国との比較と妊産婦死亡率(日本)の推移)

諸外国との比較



出典：厚生労働省「人口動態統計(令和2年)」、WHO「world Health Statistics Annual」、UN「Demographic Yearbook」
 厚生労働省 令和5年第一回医療政策研修会資料10 をもとに作成

日本：妊産婦死亡率の推移



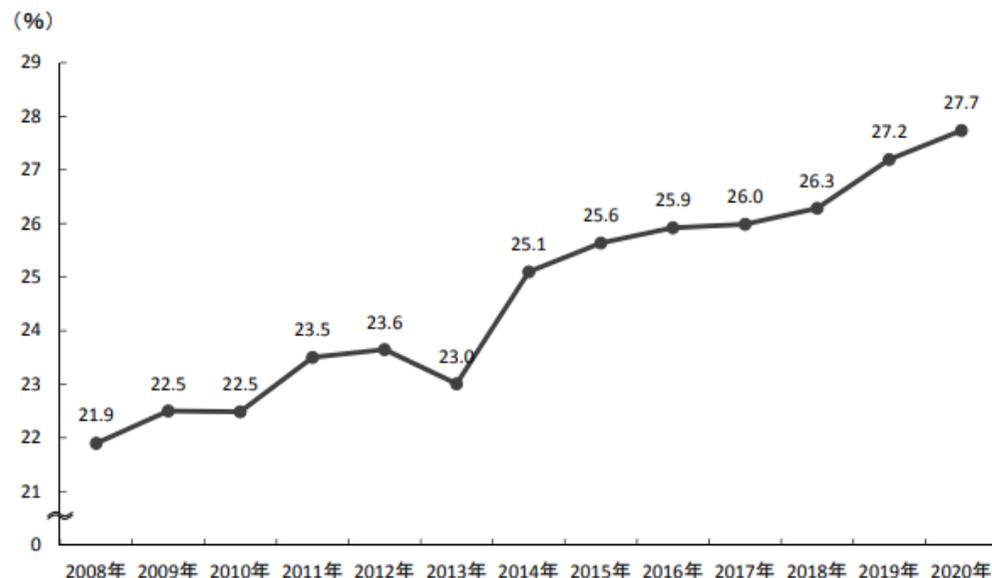
出典：厚生労働省「人口動態調査」

日本は、診療所の分娩を中心とする小規模分散型の医療提供体制で、周産期母子医療センターなどとの強固な連携システムを構築し、諸外国と比較し、**最も安全なレベルの周産期医療を提供している。**

また、これらを維持するため、相応の資金を投入し、諸外国とは比較にならない高いレベルの医療安全管理を行なっている。

ハイリスク妊婦の増加(分娩取扱い病院の帝王切開率・母体搬送率)

【図3】分娩取扱い病院の帝王切開率の年次推移



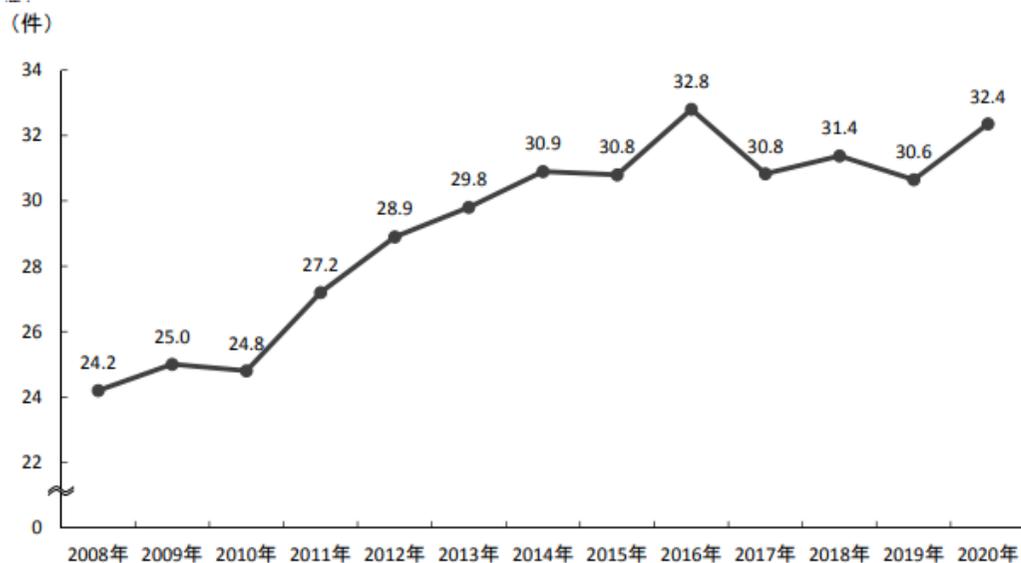
帝王切開率・母体搬送率ともに

年々増加傾向にあり、

慎重な管理が必要なハイリスク妊娠は増加している。

- ・高年妊娠の割合増加
- ・生殖補助医療(ART)で妊娠する女性の割合増加などが要因に挙げられる。

【図4】施設当たり年間母体搬送受入数の年次推移



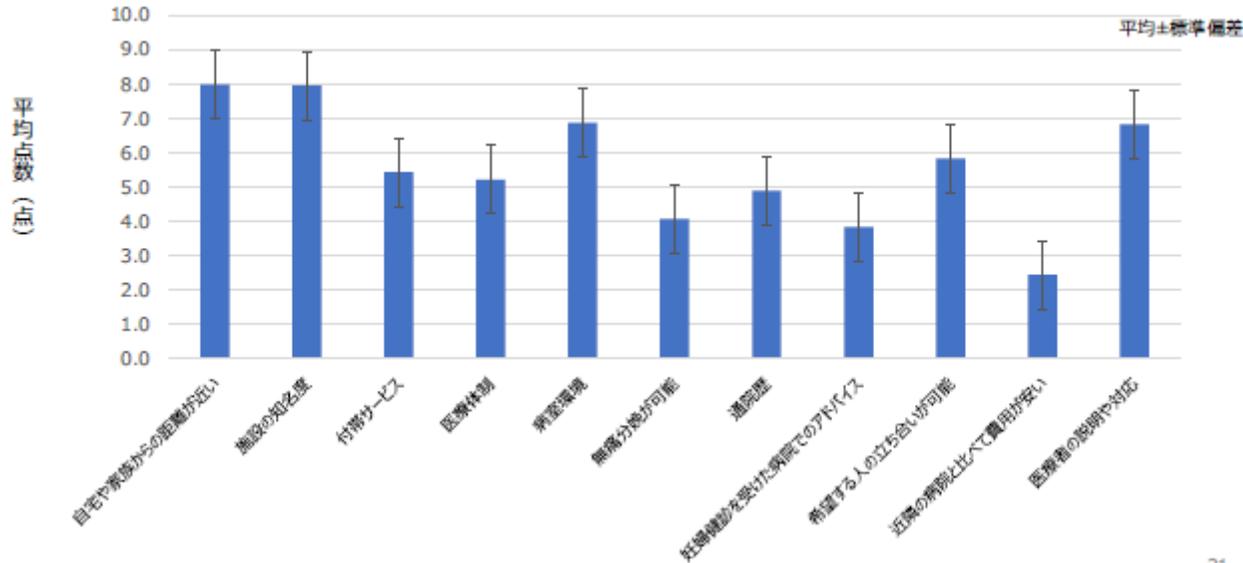
産婦人科医療改革グランドデザイン2023

(日本産婦人科学会サステイナブル産婦人科医療体制確立委員会)より

データ出典:日本産婦人科医会 令和2年度「産婦人科勤務医の待遇改善と女性医師の終了環境に関するアンケート調査報告」

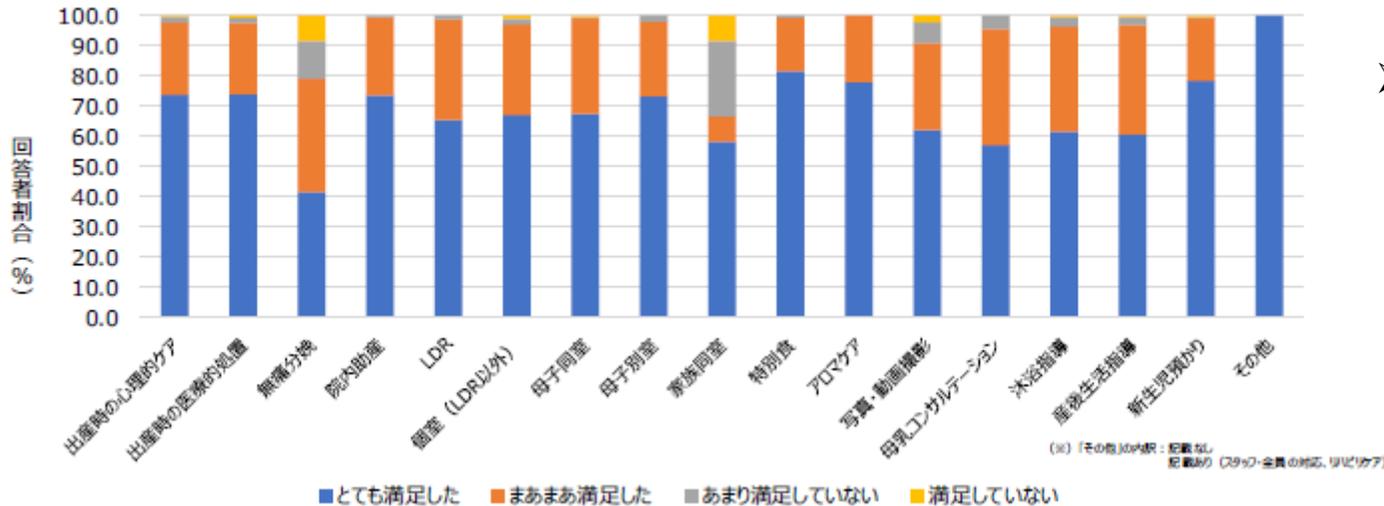
妊産婦の医療機関に求めるニーズ

出産場所を選んだ理由



➤ 妊産婦は「医療アクセス」や「知名度」を重視して出産場所を選択している。

サービスの満足度



➤ 満足度の高いサービスは「特別食」や「アロマケア」から「出産時の心理的ケア」や「出産時の医療的処置」まで様々である。

出産費用を巡るこれまでの経緯

● 従来の方針

- 「妊娠出産は自然の営みであり、疾病ではない」という観点から、母児に医学的な異変が生じない限り、保険給付(療養の給付)はなじまないとされてきた。しかし、健康保険法制定後、一時的に現物給付と現金給付の併用給付が行われていた時期もある*。
- 各々産科医療機関は、妊産婦に満足の高い安全な医療提供を行うため、スタッフ確保や新生児育児ケア、支援、アメニティの充実など、人的・物的投資を行ってきた。
- 社会保障審議会においても、これまでも分娩費用の保険化は議論されてきたが、**分娩費用の現物給付(保険化)はなじまないと、出産育児一時金として対応してきた。**

* 1927年 健康保険法制定当初には、分娩は疾病・負傷・死亡と並列して保険給付の対象とされていた。当時の給付方法は、現金給付(1件当たり20円)であった。また、1932年～1942年までは現物給付と現金給付の併用給付が行われていたこともある。(小暮かおり、日本の健康保険における出産給付の起源と給付方法の変遷、大原社会問題研究所雑誌、NO.698, 2016.12)。

出産育児一時金の経緯

平成6年10月～ 出産育児一時金の創設（支給額30万円）

- 「分娩」という保険事故に対する一時金である「分娩費（標準報酬月額半額相当（最低保障額24万円））」と「育児手当金（2千円）」を廃止し、出産前後の諸費用の家計負担が軽減されるよう、出産育児一時金を創設。
- 支給額の考え方：分娩介助料（国立病院の平均分娩料26.4万円（H5））、出産前後の健診費用（2.7万円）、育児に伴う初期費用等を総合的に勘案して、30万円に設定された。

平成12年医療保険制度改革 30万円を据え置き

- 平成12年医療保険制度改革に際して、平成9年の国立病院の平均分娩料が30万円、健診費用が3.6万円であったが、引き上げた場合の保険財政への影響を勘案して、出産育児一時金は分娩料のみを補填するものと位置づけ、引き上げを行わなかった。

平成18年10月～ 35万円に引き上げ

- 支給額の考え方：国立病院機構等における平均分娩料34.6万円（H17.3）

平成20年4月～ 後期高齢者医療制度の創設に伴う負担の仕組みの変更

- 後期高齢者医療制度の創設に伴い、全世代が負担する仕組みから75歳未満の者のみで負担する仕組みに転換。

平成21年1月～ 原則38万円に引き上げ

- 支給額に産科医療補償制度の掛金分3万円上乘せ

平成21年10月～ 原則42万円に引き上げ（平成23年3月までの暫定措置）

- 支給額の考え方：全施設の平均出産費用約39万円（H19.9）※差額ベッド代、特別食、産後の美容サービス等は対象外
- 出産育児一時金の直接支払制度を導入

平成23年4月～ 原則42万円を恒久化

平成27年1月～ 原則42万円（本人分39万円→40.4万円に引上げ）

- 産科医療補償制度の掛金を3万円から1.6万円に引き下げ
- 支給額の考え方：公的病院の出産費用40.6万円（平成24年度）※「室料差額」「その他」（祝膳等）「産科医療補償制度の掛金」は除く

令和4年1月～ 原則42万円（本人分40.4万円→40.8万円引上げ）

- 産科医療補償制度の掛金を1.6万円から1.2万円に引き下げ

現在の出産育児一時金は、「分娩費用」を補填するもの。「出産前後の健診」や「育児に伴う初期費用」「差額ベッド代」などは含まない位置づけ。

第157回社会保障審議会医療部会資料1をもとに改変

*** 令和5年4月～ 原則50万円に引き上げ（本人支給 48.8万円に）**

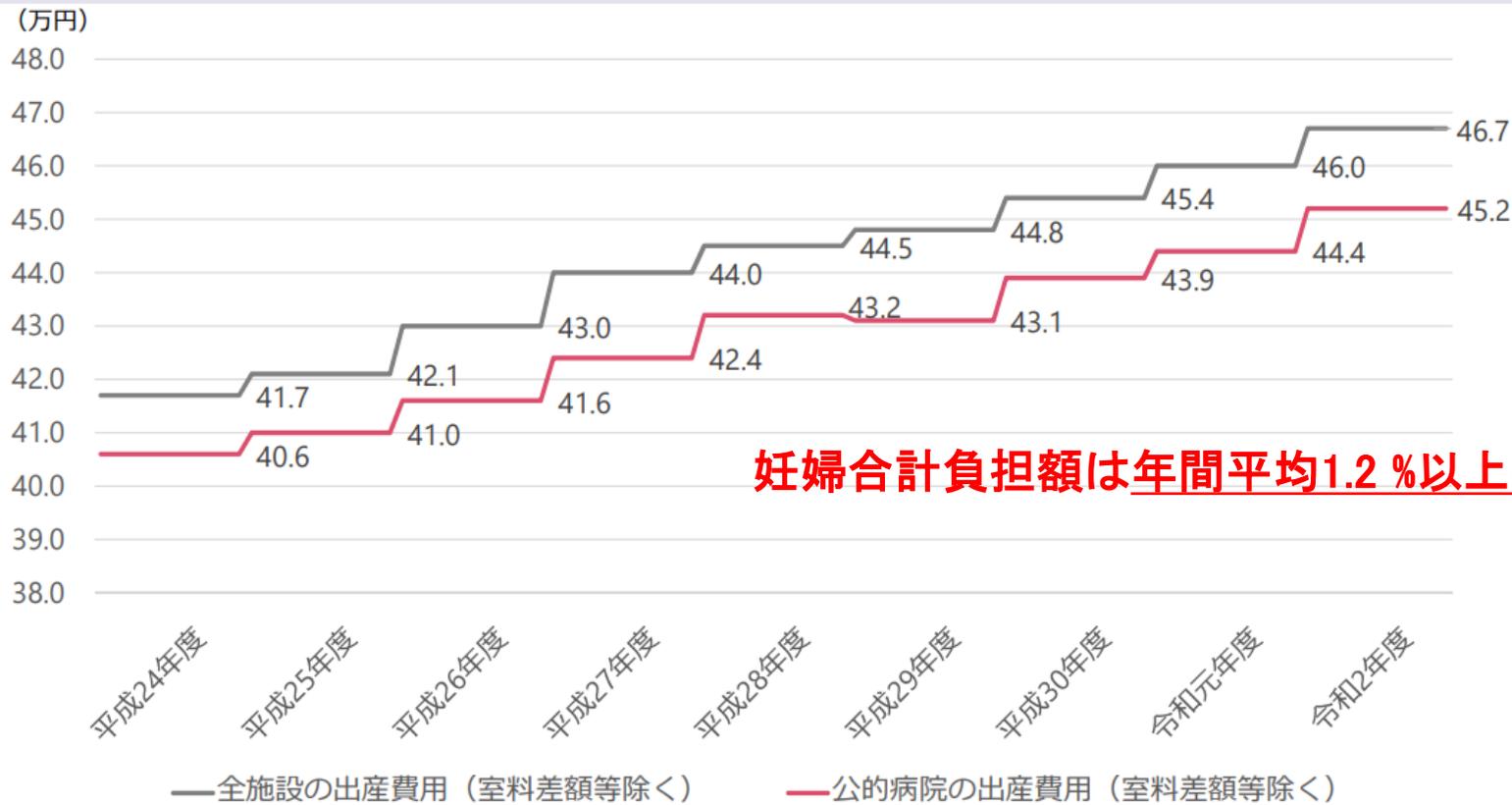
出産費用の年次推移

1. 出産費用(全国・正常分娩)の推移

出産費用の推移

① 出産費用の増加要因や地域差の分析

- 出産費用は年間平均1%前後で増加している。



(データ) 厚生労働省。室料差額、産科医療補償制度掛金、その他の費目を除く出産費用の合計額。

(※) 平成24年以降、出生数は年間平均2.5%減少傾向(2020年人口動態統計)

出典：令和3年度厚生労働科学研究費補助金「医学的適応による生殖機能維持の支援と普及に向けた総合的研究」分担研究報告書『出産育児一時金(出産費用)に関する研究』 田倉班

出産費用(正常分娩)の地域差(全施設)

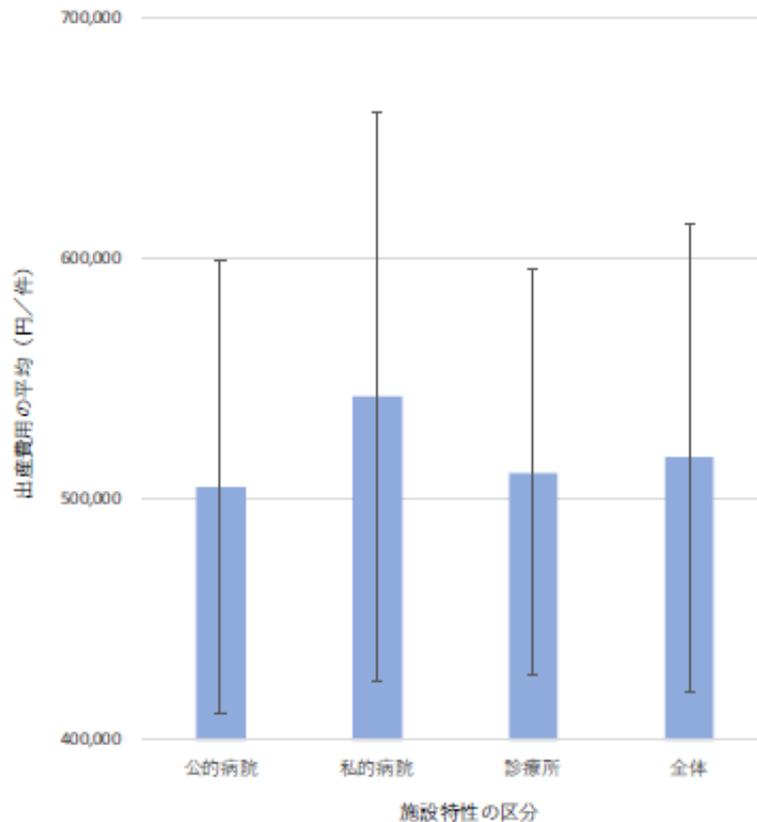
全施設・正常分娩 都道府県別出産費用 (令和4年度)

(単位：円)	平均値	中央値			
全国	482,294	470,650	三重県	450,534	449,755
北海道	424,520	425,984	滋賀県	444,763	446,910
青森県	394,927	395,805	京都府	452,565	450,331
岩手県	440,301	435,330	大阪府	467,491	472,400
宮城県	513,681	517,700	兵庫県	480,747	484,994
秋田県	427,981	432,965	奈良県	460,707	472,435
山形県	472,650	468,880	和歌山県	420,927	427,870
福島県	450,851	448,737	鳥取県	382,584	389,040
茨城県	503,927	501,050	島根県	453,635	470,520
栃木県	485,406	488,085	岡山県	472,950	463,040
群馬県	486,243	488,310	広島県	467,299	463,300
埼玉県	498,285	495,770	山口県	407,125	400,724
千葉県	489,046	491,000	徳島県	455,596	452,150
東京都	605,261	580,500	香川県	438,343	442,200
神奈川県	550,864	547,045	愛媛県	437,292	443,000
新潟県	476,084	472,310	高知県	409,447	416,740
富山県	467,355	472,190	福岡県	448,846	448,000
石川県	456,239	460,730	佐賀県	412,829	418,530
福井県	445,753	449,440	長崎県	433,057	447,380
山梨県	473,897	472,000	熊本県	361,184	385,400
長野県	490,424	496,400	大分県	408,754	408,650
岐阜県	466,542	468,880	宮崎県	397,518	399,385
静岡県	464,915	469,000	鹿児島県	414,695	418,090
愛知県	496,519	491,100	沖縄県	374,001	372,361

都道府県によって平均額に20万円以上の差

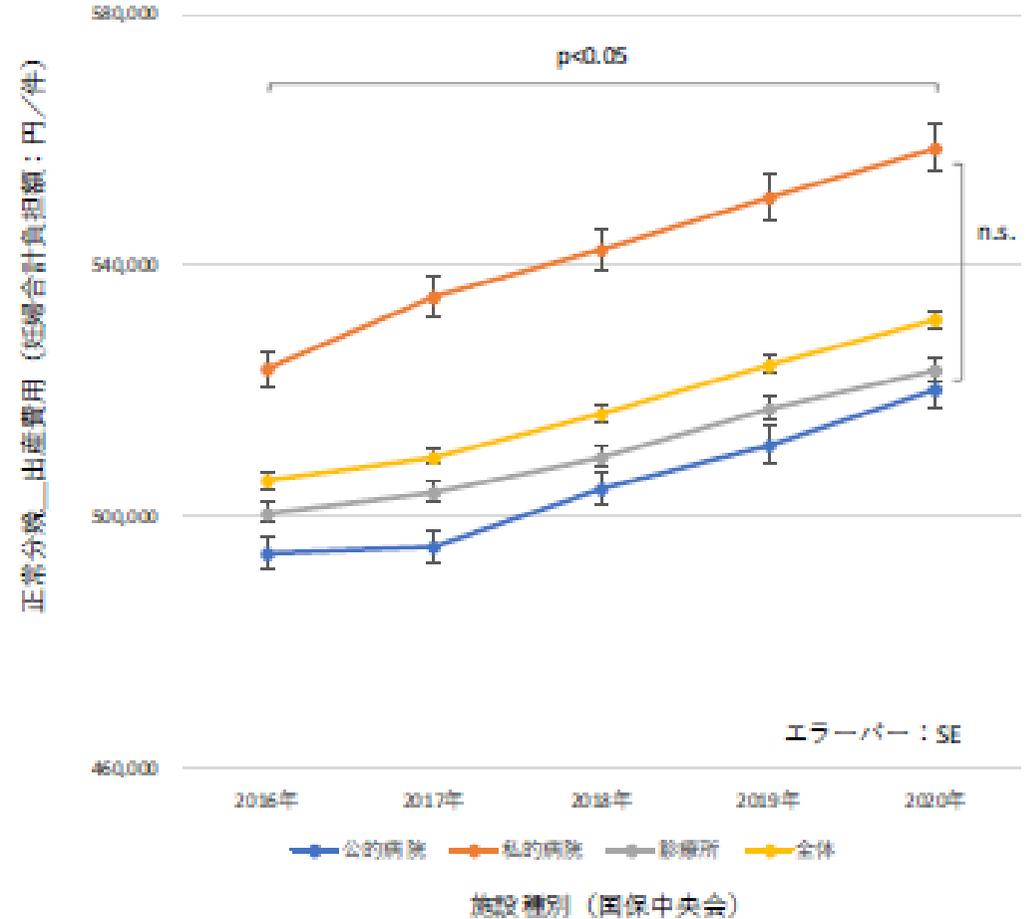
※厚生労働省保険局において集計。
 ※室料差額等を除く。
 ※総件数は408,498件

施設種別に応じた出産費用と推移



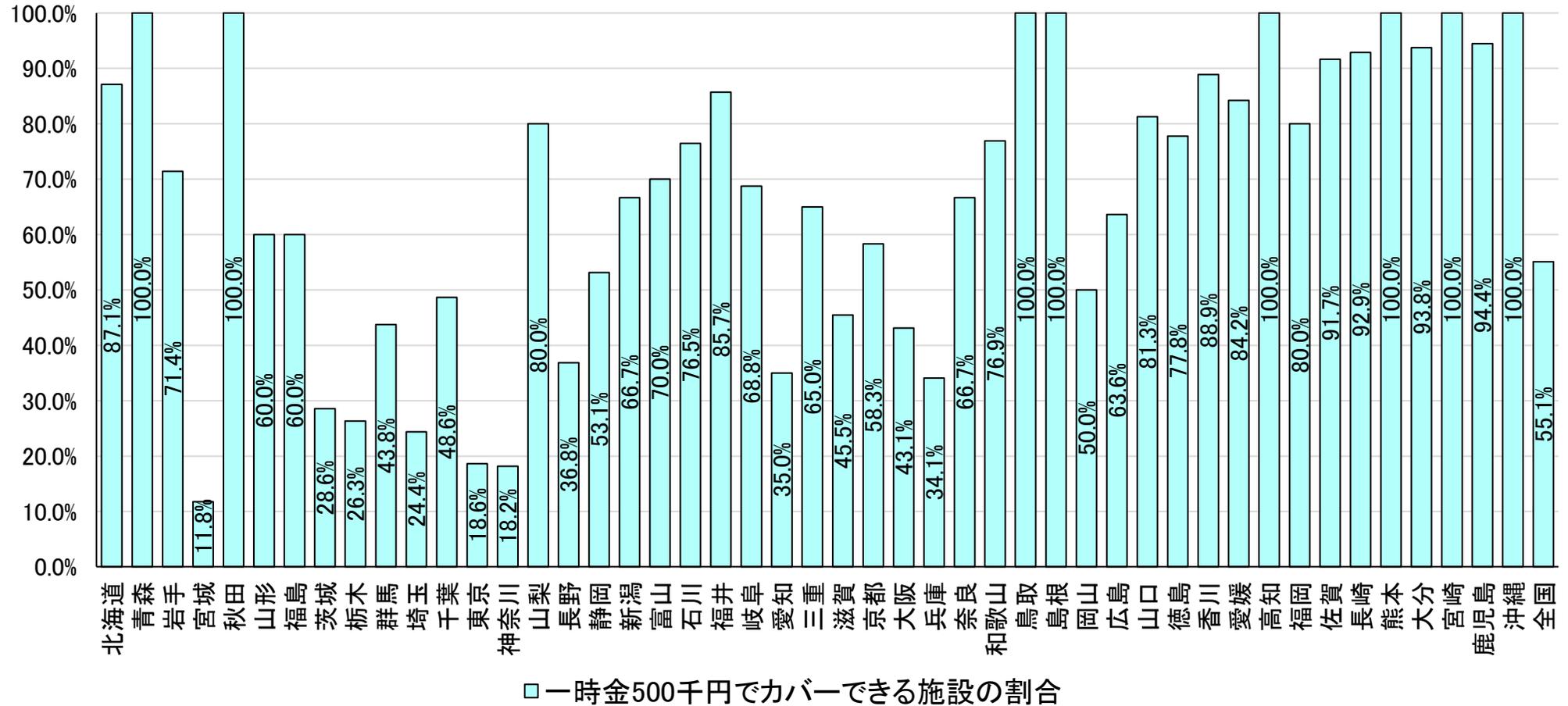
(データ) 5年間平均 (2016年 - 2020年), 国保中央会 エラーバー: SD

(参考) エラーバーは平均値±標準偏差であり、バラツキを示している。



分娩費用は施設種別によって差がある。どの施設であっても分娩費用は年々上昇傾向

参考：都道府県別の「出産育児一時金」で分娩費用全額カバーできる医療機関の割合



50万円でカバーできる：8県のみ（青森、秋田、鳥取、島根、高知、熊本、宮崎、沖縄）

産科有床診療所について

- (再掲)
- ・日本の分娩の約半数は（有床）診療所にて行われている。
 - ・日本の妊婦さんは「医療アクセス」を重要視。
 - ・日本は世界で最も「安全な周産期医療」を提供。

産科有床診療所は、身近なところで安心してお産したいという
地域のニーズに寄り添いながら、
分娩という24時間365日**緊急事態も起こりうる医療の側面**に対応すべく、
正常分娩の手技・管理は大病院と同等で、
19床以下という限られた病床に加え、
複数の分娩室・陣痛室・手術室・保健指導室などを備え
施設規模もスタッフ数も中小病院と同程度を備えてきた。

産科有床診療所が抱える課題

1. 宿日直許可取得率

- ・24時間365日 分娩に対応
- ・医療安全・医療事故の観点
- ・産科医師自身の心身の健康面

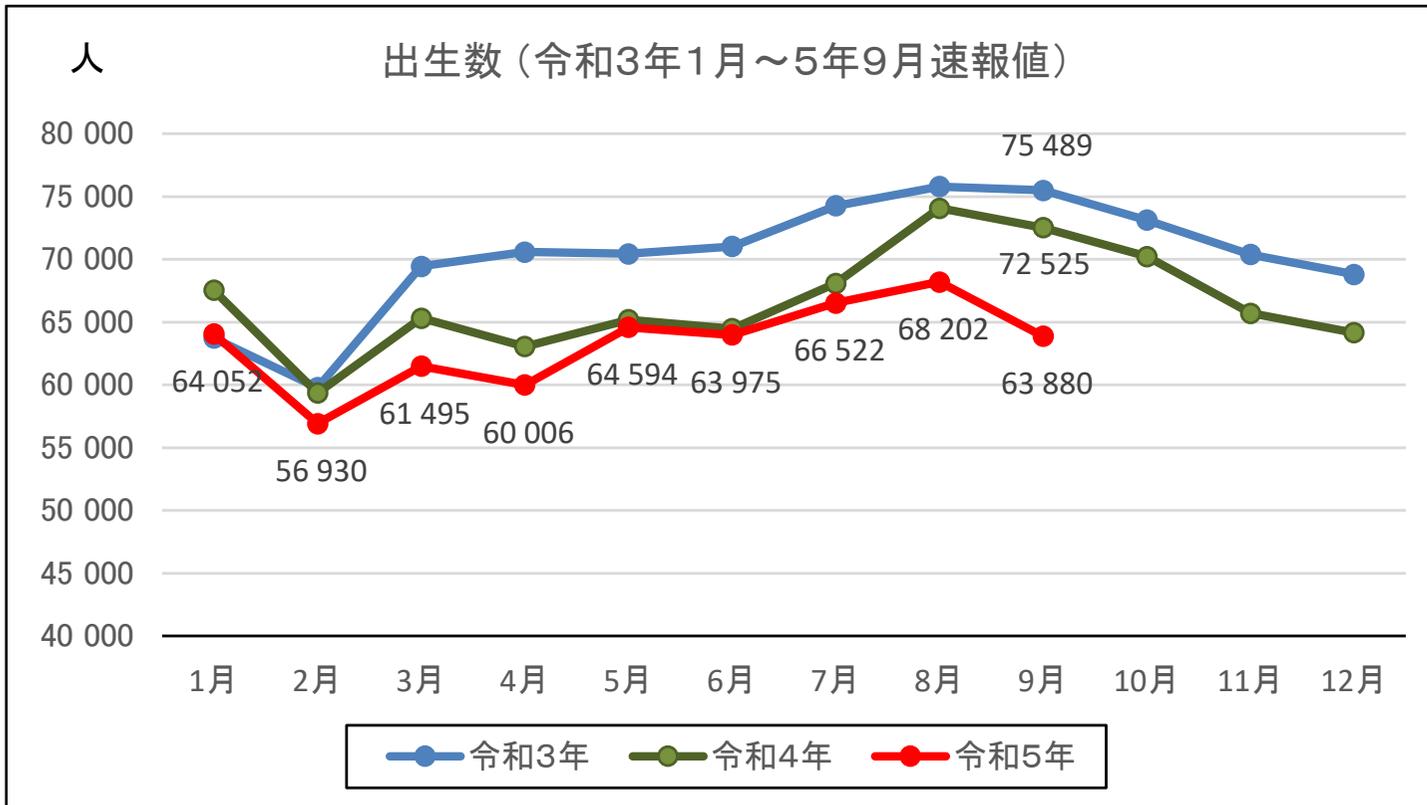
2. 正常分娩への保険適用化の影響

- ・保険適用化の範囲・運用次第で様々な影響が予想される

2. 出生率低下に対する専門家としての関与

- ・ライフスタイルの変化や当事者ニーズに応じた少子化対策の必要性
- ・包括的な性教育や女性のライフステージごとのヘルスケア、プレコンセプションケアなどを提供

出生数の推移(令和3年～5年)



令和5年(1月～9月)の出生数の減少率:

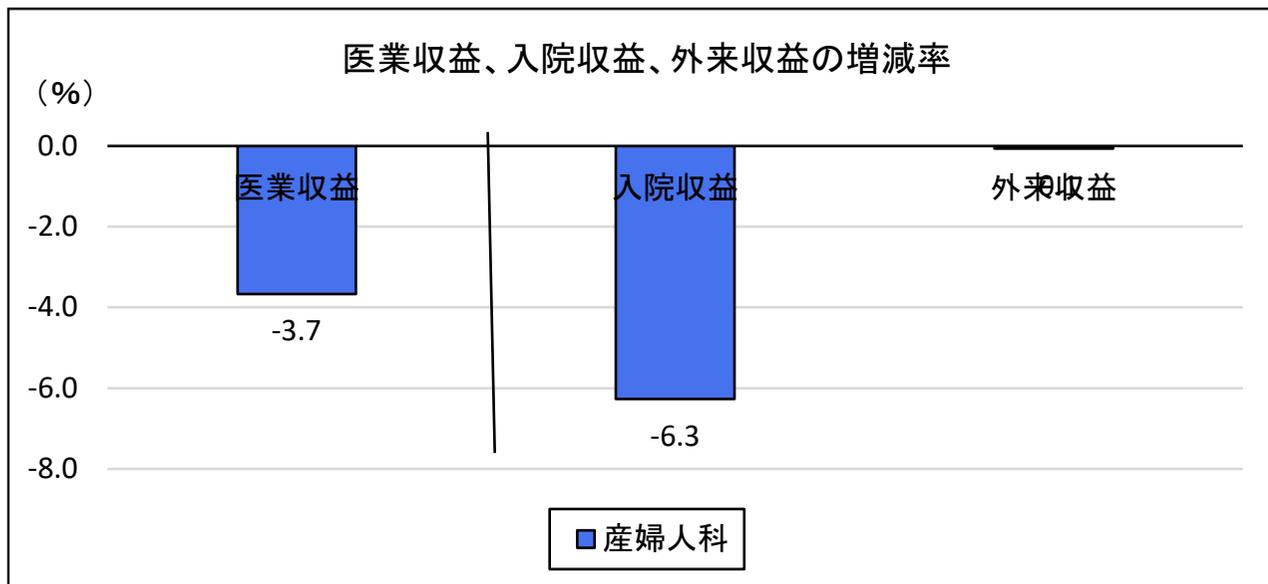
令和4年(1月～9月)比: ▼5.0%

令和3年(1月～9月)比: ▼9.7%

出典:厚生労働省 人口動態統計速報(令和5年9月分)

有床診療所の経営現状

産科有床診療所 収益の増減率（2022年 対2021年）



2021年⇒2022年の比較

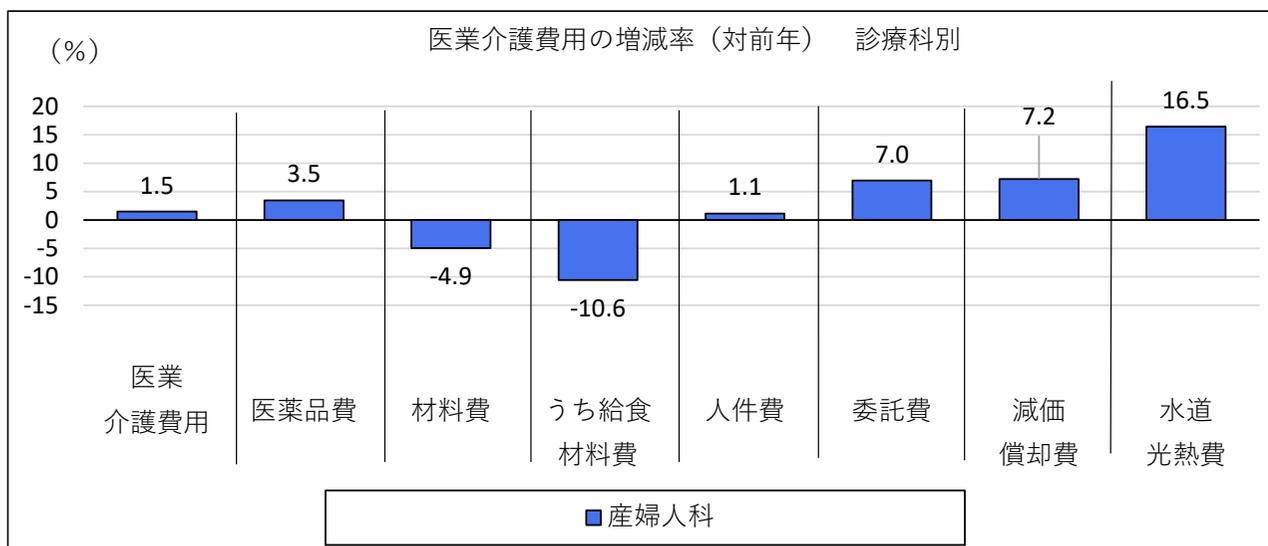
収益は対前年度比：▼3.7%
（うち入院収益：▼6.3%）

一方、
費用は対前年度比：△1.5%
・委託費：△7.0%
・水道光熱費：△16.5%

⇒入院収益の大幅減少
費用増加

によって**経営打撃大**

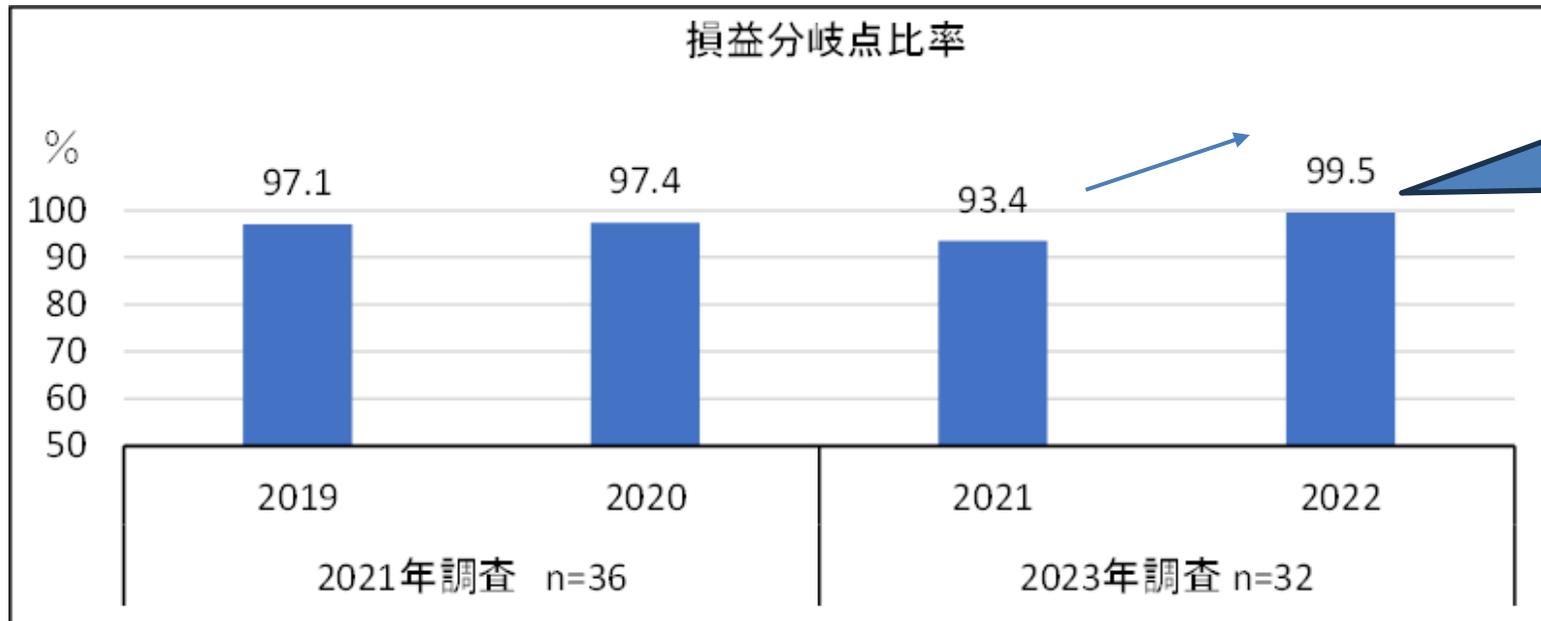
産科有床診療所 費用の増減率（2022年 対2021年）



収益減少の要因

	産婦人科 (n=32)	全体 (n=194)	内科 (n=71)	整形外科 (n=32)
入院患者延べ数	-4.9%	-3.0%	-3.4%	1.1%
外来患者延べ数	-2.4%	2.6%	7.4%	0.5%

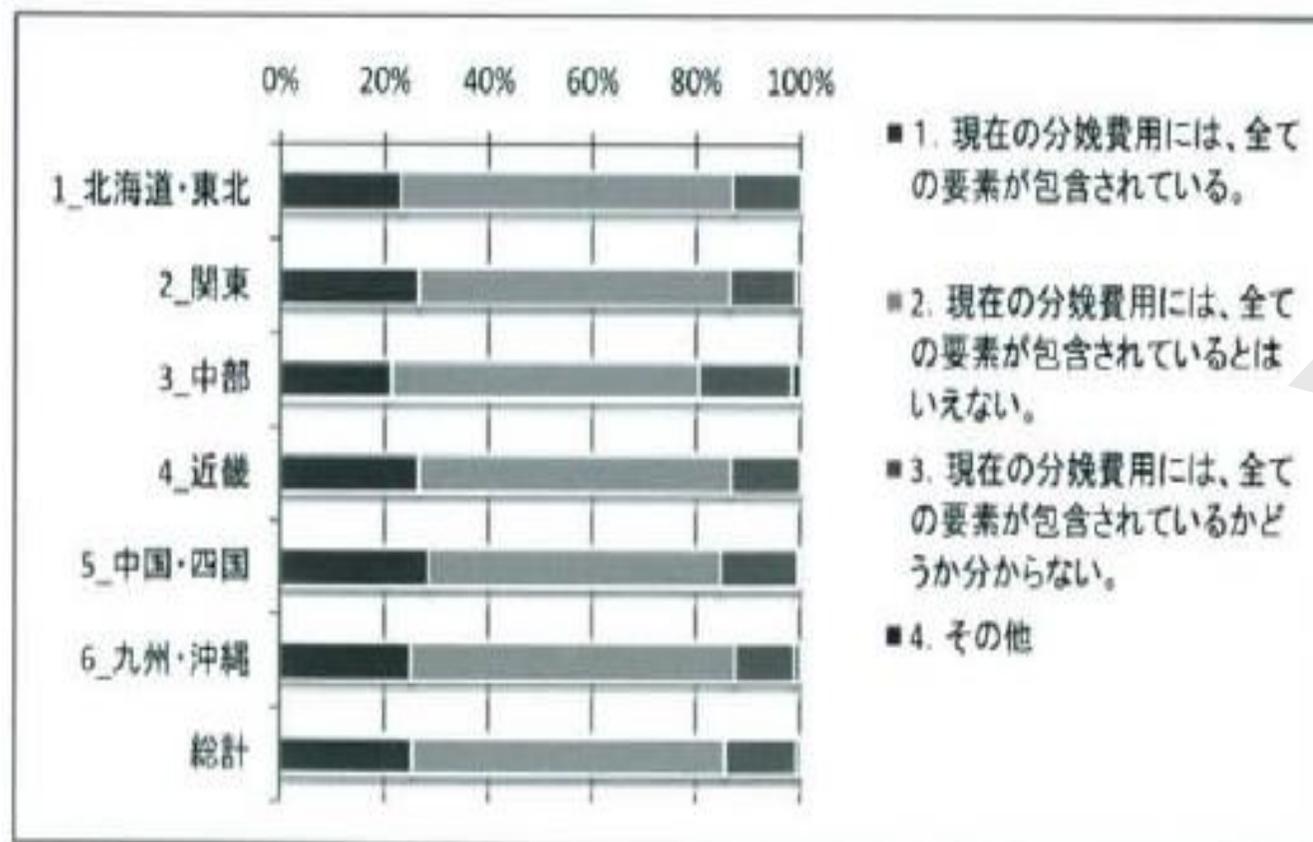
収益減少については、2022年度の入院延べ患者数・外来延べ患者数がいずれも対前年度比減で、この影響が大きいと考えられる。



損益分岐点比率上昇傾向
* 90%以上で危険水域とされる

参考:分娩に係る諸費用について ①

分娩費用にすべての必要経費が含まれている施設は**25.3%**のみ。



待機人員の手当てや
分娩時間の長短に
応じた負担額などは
分娩費用に含まれて
いない

- ・分娩を管理するうえで必要な医師(麻酔科医・新生児科医・産科医)やダブルセットアップのために用意した費用など、**請求に含まれていない金額の総額: 69,688円(全国平均)**

参考:分娩に係る費用について ② (正常分娩に係る諸費用の試算)

A病院における正常分娩に関するコスト算出事例(H15年度)

* H15年 A病院における正常分娩の平均所要時間:14時間1分、平均入院日数:6日間

入院～退院までの労務人件費: 299,516円 …(ア)

直接費用: 54,800円 …(イ)

間接費用: 113,938円:…(ウ)

諸経費:約10%で見積もると (ア)+(イ)+(ウ)=515,080円

上記にダブルセットアップなど69688円を足すと 584,768円…(エ)

* (ア):各職種時給 x 直接関与時間=直接労務人件費 これに安全確保と快適性のために要した監視、介助、処置、看護等を含めた労務時間を加味したもの

(イ):分娩時や病棟で使用するディスプレイ製品や薬剤、周辺機器、食材など

(ウ):病院経営・運営上の必要経費(光熱費やリネン、広告など)+年間経費(償却資産、固定負債、地代、損害保険など)

出典:佐藤仁「分娩・入院に必要な費用(1)・(2)」日本産婦人科医会報(平成17年02月号、03月号)

出産費用の保険適用化に関する課題

正常分娩という現象だけについての給付では、分娩の全体像を反映した給付にはならない

1. 保険適用の範囲と運用
2. 医療安全の確保（常時及び緊急事態に対応するためには人的・設備的資源確保・投資）
3. 全国一律の出産費用保険化と地域特性の調整
4. 収益減による経営難を理由に、分娩取扱い施設数の減少と出産難民の増加
5. 妊婦の望む出産場所の確保
6. 妊産婦の多様なニーズに対する体制維持
7. 母体・新生児入院カウントによるオーバーベッド（限られた病床数）
8. 妊娠・出産・産褥期での母子保健サービス
9. 妊婦自己負担額の増加

身体的・心理的・経済的な妊婦負担増という結末への懸念

有床診療所の視点 ①

日本は、
診療所の分娩を中心とする**小規模分散型の医療提供体制**で、
周産期母子医療センターなどとの**強固な連携システム**を構築し、
諸外国と比較し、**最も安全なレベルの周産期医療を提供してきた。**

また、これらを維持するため、
相応の資金を投入し。

諸外国とは比較にならない**高いレベルの医療安全管理を行ってきた。**

有床診療所の視点 ②

今後も 妊婦と家族が

身近なところで 安心して 自分たちらしく

妊娠から出産、産後までのサービスを受けられる

今後も 若手医療者たちが

安心して 質の高い地域周産期医療を

担い続けられる

地域のお産の中心場所としての有床診療所

*有床診療所は減少傾向ではあるものの、直近3年以内の新設有床診療所の66%は産科有床診療所
(令和4・5年度 日本医師会有床診療所委員会答申より)

骨太の方針(再掲)

骨太の方針 2021・2023

『地域の産科医療施設の存続など安心安全な
産科医療の確保』

ご清聴ありがとうございました。

資料提供いただきました日本産婦人科医会の皆様をはじめ、このような懇談の機会を与えて頂いた石渡勇会長、平田善康常務理事、そして本稿作成にご尽力いただいた日医総研江口主席研究員、羽藤主任研究員に深謝いたします。