

第185回記者懇談会
少子化と周産期医療
～現状の課題と対策～

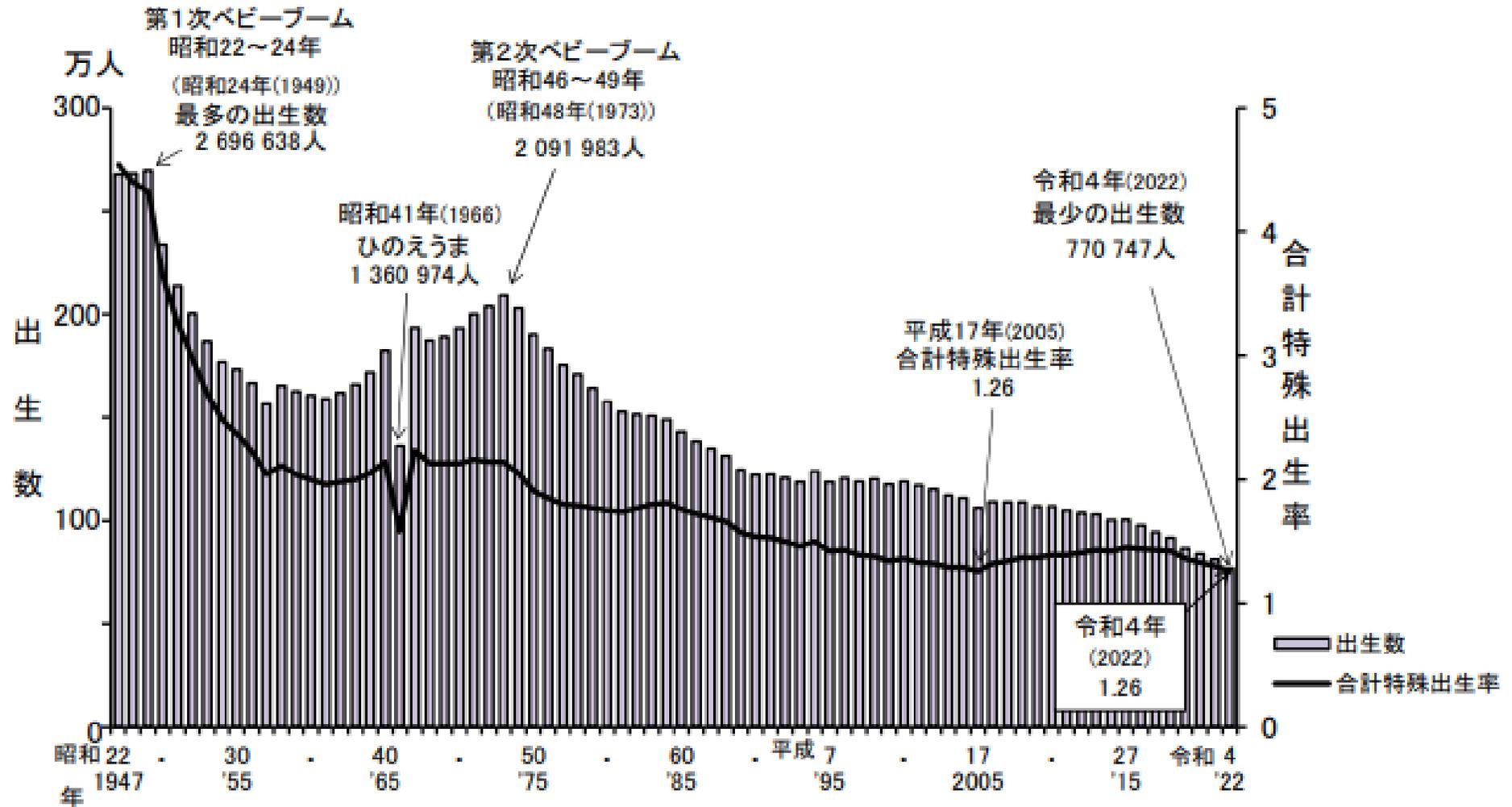
2024年5月8日
日本記者クラブ
日本産婦人科医会会長
石渡勇

本日の内容

総論：人口減少・少子化・産婦人科の役割

- 周産期医療の危機（過去のできごと）
- 周産期医療の現状
- 働き方改革と宿日直許可
- 出産費用の見える化と分娩費用のアンケート調査結果
- 分娩の保険化
- 今後の対応

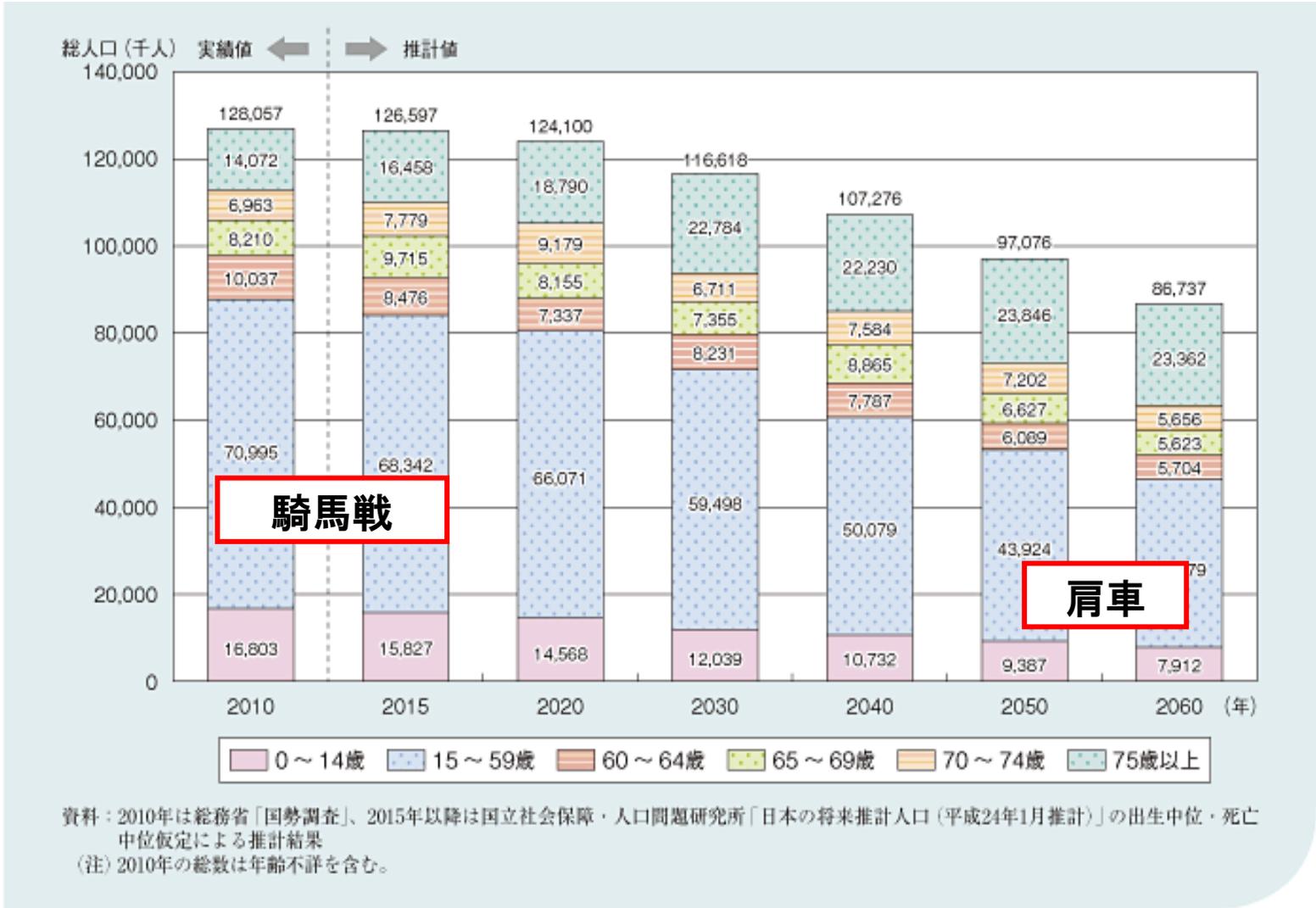
出生数の推移（全国）



データ：令和4年人口動態統計月報年計（概要）より

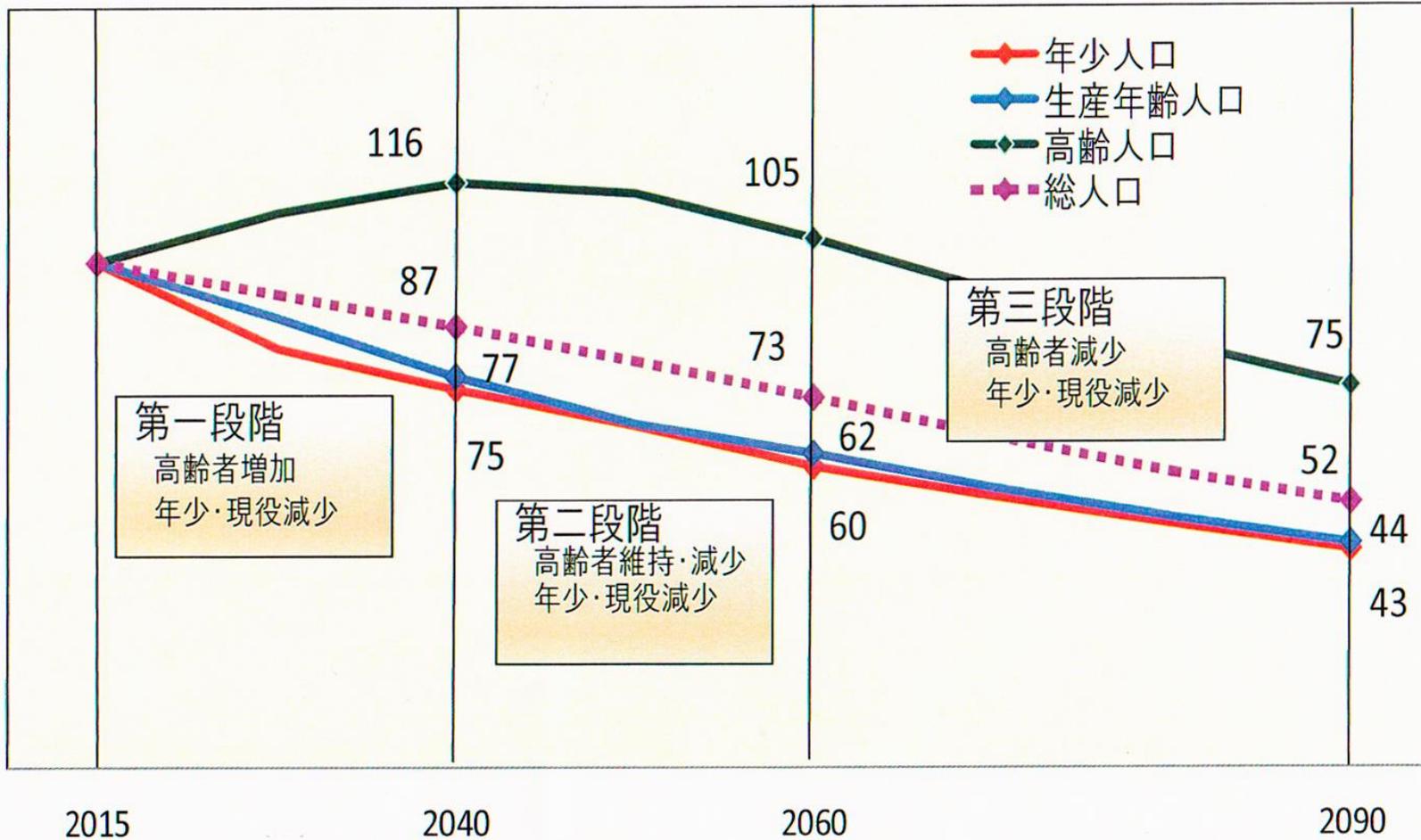
総務省国勢調査：年齢区分別将来人口推計

人口減少は止まらない★予測よりも速い



人口減少の進み方

2015を100とした指数



(備考) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」より作成。

未婚化の要因

- **恋愛結婚が主**
結婚の時期は本人の選択
- **女性は仕事（キャリア）と結婚の二者択一の状況**
- **経済基盤に不安**
- **既存の結婚や家族のあり方に関しての抵抗感**
- **幸福感の欠如**
結婚しているカップルや子育てをしているカップルが幸せと感ずることができない

少子化の要因

未婚・晩婚

経済的基盤

成育基本法(成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律)の基本方針の運用にむけて、私たちは、本法の理念と多種にわたる方針に沿い、今後もなお一層の女性のライフステージに合わせた健康課題、さらには妊娠、出産、育児へ向けた医療提供と寄り添う支援を続けます

その対策は？

- **成育基本法** 2018年
- **こども家庭庁** 2023年
- **全世代型社会保障**

子育て支援は少子化対策として貢献できるのか？

子育て支援は、少子化対策の一部を担うのみ

結婚の実現を阻害している要因を取り除くことが基本

- 経済的不安の解消など
- 仕事以外の場における多様なつながりの拡大
- キャリアと仕事の二者択一の改良
- 結婚の壁の解消（選択的夫婦別姓制度）

人口減少社会、社会の変化と国の施策

○全世代型社会保障

○高齢者の活用：健康寿命の延伸

○女性の活用：男女共同参画社会（働き方改革）

○外国人の雇用：移民政策は？ 文化 平等

◎IT革命

AI：産業界が目指す方向

一方でコロナ時代に急速なITの普及

オンライン診療、遠隔医療、Web会議等

少子化対策★産婦人科としてできること

- 出生数を増やす特効薬はない
- 周産期医療体制を存続させられるか 出生数が持続的に減少する
- 妊産婦の満足に応えられるか 分娩の保険化、働き方改革
- ライフステージに寄り添った切れ目の無い伴走型健康支援、医療提供
- さらなる妊産婦死亡、新生児死亡の減少を目指して 可能
- がん予防の推進
- 妊孕性の温存；子宮頸がん等の早期発見、CIN3への適切な治療
- 妊産褥婦の自殺、児童虐待防止、母と子のメンタルヘルス事業の推進
- 包括的性教育の推進 ひとづくり
- プレコンセプションケア 少子化対策に特に重要

周産期医療体制を存続させられるか

- 一次から高次の機能分担と連携
二極化は避けられない
- 集約化・分散化どちらも必要
- 分娩の約半分は産科診療所、少なくとも一次機関の分娩撤退を緩やかに
(適切な分娩費用、宿日直許可)

「骨太の方針2021」には「引き続き、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」提言

2020年5月 少子化社会対策大綱

- ◆ 新たな「少子化社会対策大綱」を、令和2年5月29日に閣議決定。
- ◆ 基本的な目標として「希望出生率1.8」の実現を掲げ、目標実現のための具体的な道筋を示す狙い。

背景

- 2019年の出生数は86万5,239人と過去最少（「86万ショック」）
- 少子化の進行は、人口の減少と高齢化を通じて社会経済に多大な影響を及ぼす、国民共通の困難
- 少子化の背景にある、個々人の結婚や出産、子育ての希望の実現を阻む隘路の打破に強力に取り組む必要

主な施策

- 「希望出生率1.8」の実現に向けて、ライフステージに応じた総合的な少子化対策を大胆に進める

【結婚しない理由】男女とも「適当な相手にめぐり会わない」が最多
【理想の子供数を持たない理由(理想1人)】欲しいけれどもできないから (74.0%) 高年齢で生むのまいやだから (39.0%)
【夫の休日の家事・育児時間別にみた第2子以降の出生割合】家事・育児時間なし：10.0% 6時間以上：87.1%
【理想の子供数を持たない理由(理想3人)】子育てや教育にお金がかかりすぎるから (69.8%)

結婚支援

地方公共団体が
行う総合的な結
婚支援の一層の
取組を支援

結婚に伴う新生
活のスタート
アップに係る経
済的負担を軽減

妊娠・出産への支援

＜不妊治療＞
不妊治療の費用助成を行
うとともに、適応症と効
果が明らかな治療には広
く医療保険の適用を検討
し、支援を拡充

＜切れ目のない支援＞
産後ケア事業の充実等

仕事と子育ての両立

＜男性の家事・育児参画促進＞
男性の育休取得30%目標に
向けた総合的な取組の推進

＜育児休業給付＞
上記取組の推進状況を踏ま
え、中長期的な観点から、そ
の充実を含め、効果的な制度
の在り方を総合的に検討

＜待機児童解消＞
保育の受け皿確保

地域・社会による 子育て支援

保護者の就業の有無等にか
かわらず多様なニーズに応
じて、全ての子育て家庭が、
それぞれが必要とする支援
にアクセスでき、安全かつ
安心して子供を育てられる
環境を整備

経済的支援

＜児童手当＞
財源確保の具体的な方策と併せて、
子供の数や所得水準に応じた効果
的な給付の在り方を検討

＜高等教育の修学支援＞
多子世帯に更に配慮した制度の
充実を検討

＜幼児教育・保育の無償化＞
2019年10月からの無償化を着実
に実施

- 更に強力に少子化対策を推し進めるために必要な安定財源の確保について、国民各層の理解を得ながら、社会全体での費用負担の在り方を含め、幅広く検討を進める

2023年3月 こども・子育て政策の強化について

こども・子育て支援加速化プラン(今後3年間) ～何が従来とは次元が異なるのか～

1 「制度のかつてない大幅な拡充」

例) 児童手当: 所得制限撤廃、高校卒業まで延長、手当額の拡充
男女で育休取得した場合、一定期間、育休給付を手取り100%に

2 「長年の課題を解決」

例) 75年ぶりとなる保育士の配置基準の改善
こども医療費助成に係る国民健康保険の減額調整廃止

3 「時代に合わせて発想を転換」

例) 共働き・共育ての推進(固定的な性別役割分担意識からの脱却)
就労要件をなくし、こども誰でも通園制度(仮称)を創設

4 「新しい取組に着手」

例) 伴走型相談支援の制度化、出産費用の保険適用を含めた在り方の検討
学校給食費の無償化に向けた課題の整理
授業料後払い制度(仮称)の創設

5 「地域・社会全体で「こどもまんなか」を実現」

例) こども家庭庁の下で「国民運動」を夏頃を目途にスタート
育休や柔軟な働き方推進のための職場環境づくり(応援手当など)

こども・子育て支援加速化プラン(今後3年間) 1 ライフステージを通じた子育てに係る経済的支援の強化 主なポイント

- ✓ 児童手当の拡充～全てのこどもの育ちを支える制度へ～
所得制限撤廃、高校生まで支給、多子世帯への給付額アップ
- ✓ 授業料後払い制度の導入
修士から導入、更なる拡充を検討
- ✓ こども医療費助成に係る国保減額調整の廃止
～より良いこども医療の実現～
- 出産費用の見える化と保険適用を含めた在り方の検討
- ✓ 子育て世帯に対する住宅支援の強化
～子育てにやさしい住まいの拡充～

5

人口減少・分娩費用等の保険化への対応は！

国は「骨太の方針」のなかで
クリーン、DX、地域創生、
少子化対策 を取り組むべき
重点課題に挙げていた

出生数の大幅な減少、今も将来も国力の低下を憂い、少子化対策をトップに据え置いた

持続可能な医療提供：地域医療構想、医師の偏在解消、働き方改革

菅前首相、岸田首相の考えは堅い。分娩費用等と保険化

10

【参考】数値的「ショック」と政治的反応

- ・1990年「1.57ショック」
→「健やかに子供を産み育てる環境づくりに関する関係省庁連絡会議」、エンゼルプラン(村山内閣)
- ・2005年、出生数が死亡数を下回る
→「新しい少子化対策について」(小泉内閣)
- ・2016年、出生数が97.7万人、100万を割る
→「ニッポン一億総活躍プラン」(安倍内閣)
- ・2022年、出生数が80万人を割る
→「異次元の少子化対策」(岸田内閣)

出産費用をめぐる令和4年秋から令和6年春の動き

出産育児一時金増額

第210回国会衆議院予算委員会(令和4年10月18日)

岸田田総理大臣の答弁(抄): 出産育児一時金の大幅な増額を: 表明したところであり、具体的には予算編成過程で決定してまいりたいと思います。

もう一つ重要なポイントは、出産育児一時金の引上げの議論においては、必要以上に値上げが行われたり、意図しないサービスが付加されることによって利用者の負担増が発生する、こうした事態は適切ではないと御指摘がありました。

出産育児一時金の引上げに当たっては、妊婦の方々が費用やサービスを踏まえて適切に医療機関を選択できる、こうした環境を整備することが重要であると思っています。金額と併せて、こうした環境整備、**出産費用などに関する情報を見える化**するための方策、これも**併せて検討することが実質的な負担軽減**につながる。

価格改定調査

令和5年春の状況について7月-調査

回答率78%(2232施設に送付、助産所含)、改定していない54%、増額した44%

理由は**光熱費、消耗品の高騰** 86%、**医療機器** 65%、**人件費**61%、**出産育児金に関連**43%、**分娩数減少**35%、**医療安全確保、検査、保健指導充実**38%

H30-R4の5年間に価格改定していない施設が73%

52%が口頭、HP37%、書面33%、ポスター32%(何らかの情報提供あり86%)が、**情報提供していない**13%

出産費用をめぐる令和4年秋から令和6年春の動き

出産費用の見える化

社会保障審議会医療保険部会での議論を受けて、一時金増額とペアで実施することが決定、厚労省田倉班での検討、パブコメを経て

23年11月から調査開始、12月18日で調査終了、1月にサイトテスト、3月に個別修正が行われた。

医療広告ガイドラインとの整合性（保険局/医政局で調整中）

効果検証：

田倉班（前田、平川、角田、福嶋参加）での検討

野口班（谷川原（学会）、宮崎（医会）参加）での検討（点数設定、経営状況の調査）

妊婦健診の標準化検討開始（こども家庭庁科研、関沢）

令和6年5月より運用開始：96（病院98、診療所94）%が対応

令和7年夏に実質義務化予定：未対応施設に事前通知

施設情報と費用の見える化



コスト負担のありかた
（保険適用）

医会からの働きかけ

- 自見議員、橋本岳議員ヒアリング
- 自民党社会保障制度調査会こどもまんなか保健医療の実現に関するPT（橋本岳議員、三ツ林議員）
- 医師会にも協力を要請し、多方面から働きかけ

出産費用をめぐる令和4年秋から令和6年春の動き

出産費用保険適用化

令和5年3月10日（TBSテレビ）、3月23日（那覇市での記者質問）で、菅前首相が発言
少子化対策を巡り、「出産費用を保険適用とし、（それ以外の）個人負担分を（国が）支援する方が現実的ではないか」との考え

6月13日、岸田首相が発言、「費用の見える化を進め、多様なサービスを皆様が選べる環境を整えながら、第2ステップとして2026年度からの出産費用の保険適用などを進めます」

医会は、情報提供向上、負担軽減には賛成、保険化には基本的には反対の立場だが、議論には積極的に参加・関与していくために、課題抽出

現在のクラウド型周産期体制の実績をもとに、変革による分娩取扱施設（おおむね半数の分娩を担当かつその差が全国的にばらつきが多い有床診）撤退とこれに伴う地域医療崩壊を懸念

“検討開始する” としか決まっていなくてもかかわらず、政府（厚労省、こども家庭庁） / 自民党 / 議員団体からの発信において既定路線化されつつある

厚労省、こ家庁共同で検討会設置

医療界（医師会、医会、学会、周産期新生児医学会、看護協会、助産師会）、医療保険者、自治体、学識経験者等

本日の内容

総論：人口減少・少子化・産婦人科の役割

- **周産期医療の危機（過去のできごと）**
- 周産期医療の現状
- 働き方改革と宿日直許可
- 出産費用の見える化と分娩費用のアンケート調査結果
- 分娩の保険化
- 今後の対応

周産期医療の危機 過去のできごと

- 周産期医療体制の構築：一次・二次・三次医療機関
- 研修医制度の開始（2004年）
- 福島県立大野病院事故：医療バッシング（2006年）
- 二次病院からの医師の撤退

そして 今

- 働き方改革
- 分娩費用等の医療保険化？

そして 再び 危機到来か？

医療安全へのコスト： 待機する医師、 機器

搬送先への遠距離化： 搬送に時間がかかる

分娩からの撤退（特に一次機関）：周産期医療システムの崩壊

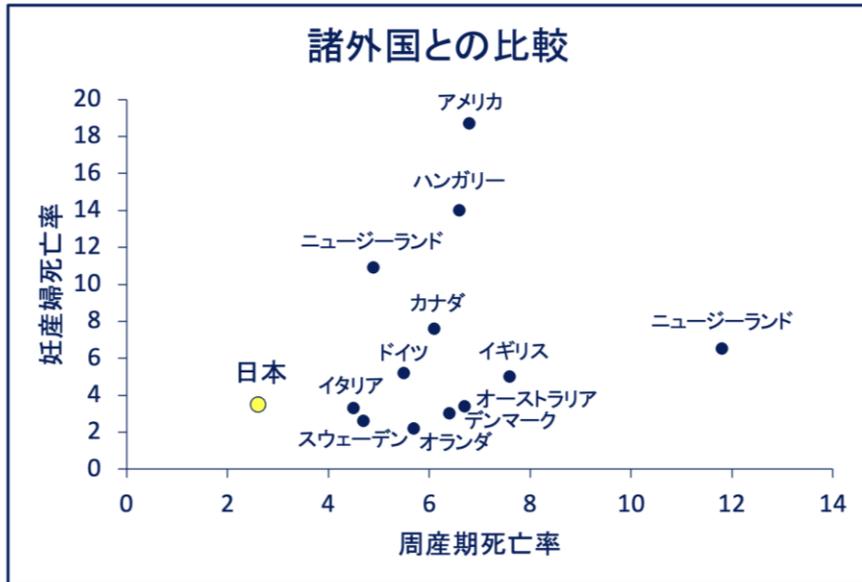
本日の内容

総論：人口減少・少子化・産婦人科の役割

- 周産期医療の危機（過去のできごと）
- **周産期医療の現状**
- 働き方改革と宿日直許可
- 出産費用の見える化と分娩費用のアンケート調査結果
- 分娩の保険化
- 今後の対応

施設区分における分娩取扱割合 (2022年81万分娩) (2023年77万分娩) (2024年75万分娩)

日本の分娩の担い手 2023年
 47% 産科診療所、
 27% センター（総合・地方）
 26% 一般病院

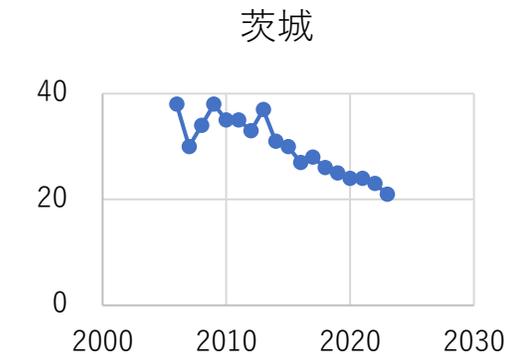
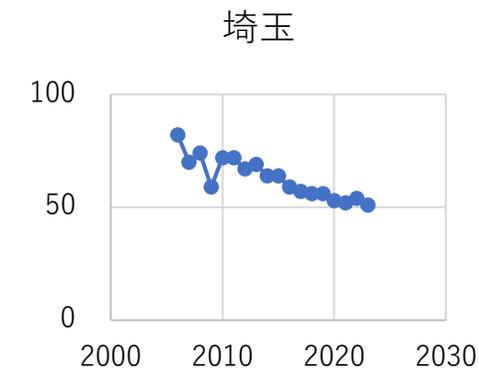
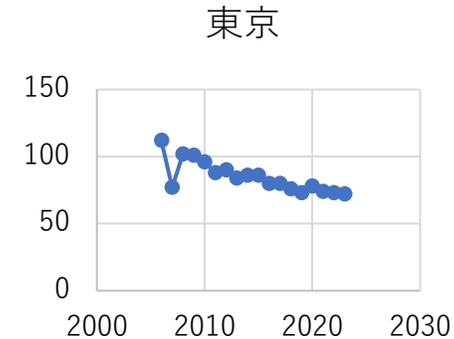
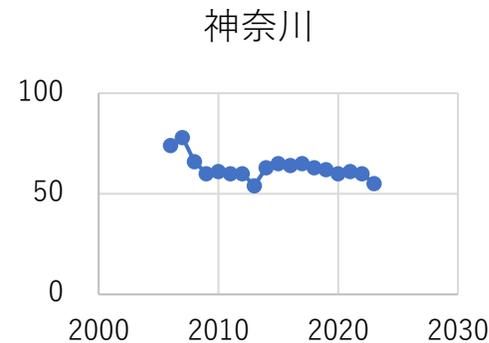
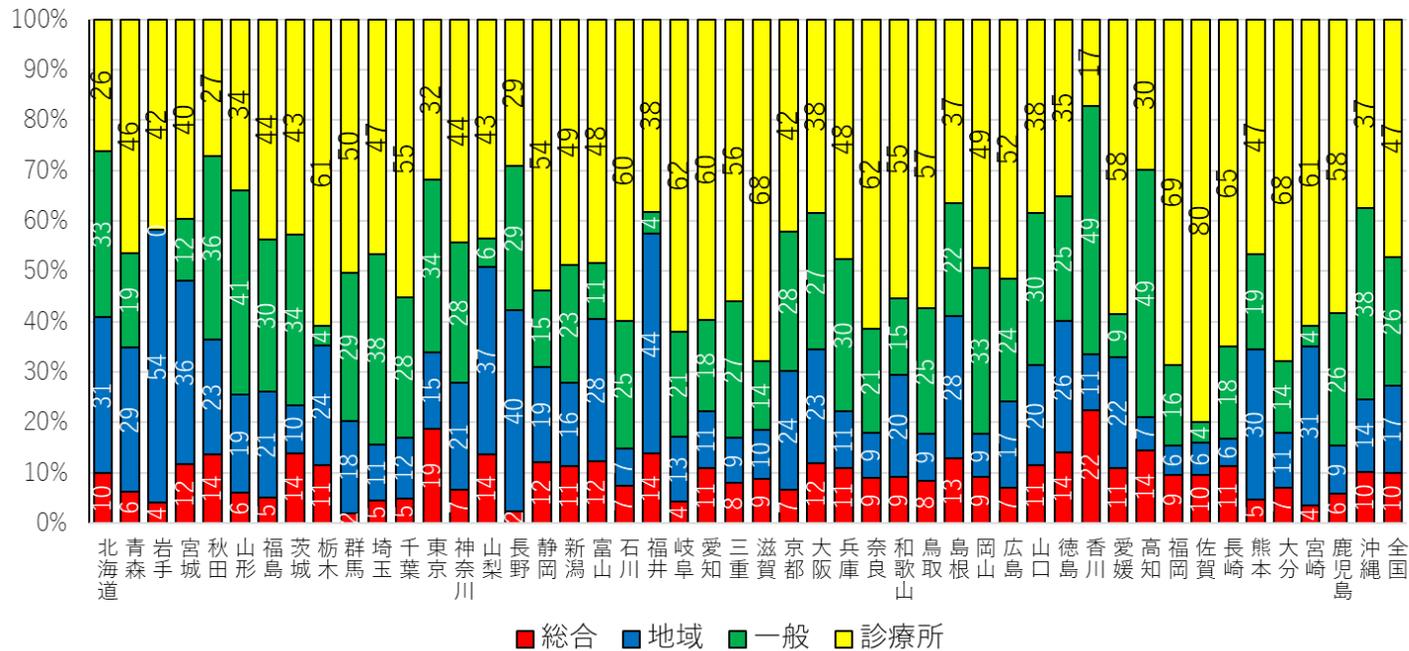


	周産期死亡率	妊産婦死亡率
日本	2.6	3.5
カナダ	6.1	7.6
アメリカ	6.8	18.7
デンマーク	6.4	3
フランス	11.8	6.5
ドイツ	5.5	5.2
ハンガリー	6.6	14
イタリア	4.5	3.3
オランダ	5.7	2.2
スウェーデン	4.7	2.6
イギリス	7.6	5
オーストラリア	6.7	3.4
ニューージーランド	4.9	10.9

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っている。

都道府県ごとの診療所施設数の推移(2006年—2023年)

都道府県における施設毎の分娩取扱割合



北海道、東北では概ね一律に低下傾向であった
 関東でも概ね減少傾向が続いているが、神奈川県では減少が緩やかで、栃木、埼玉、東京では減少速度が鈍くなっている。
 山梨では低下が止まり、わずかな増加傾向にある。
 三重では減少が止まり、横ばいになっている。近畿では和歌山を除き減少速度が緩やかで、滋賀、京都では概ね減少が止まっている。
 鳥取、島根、岡山では減少速度が低下し、近年では施設数が維持されている。
 四国では、愛媛を除き診療所分娩が少ない傾向で、いずれも減少が続いている。
 長崎、熊本、宮崎では低下が続いているが、他県では減少が緩やかで、一部減少に歯止めがかかっている。

日本産婦人科医会施設情報調査2023

産婦人科施設数 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).

取扱分娩数の推移 2006年→2023年

出生数: 995386 → 771498
診療所: 50% → 47%
一般病院: 36% → 26%
総合: 5% → 10%
地域: 10% → 17%

分娩数が減少する中、診療所では約半数の分娩が行われ、総合と地域の周産期母子医療センターの合計分娩数が一般病院を上回っている。全国的には分娩の取扱は診療所と周産期母子医療センターへの二極化が進んでいるが、地域により状況は異なる。

産婦人科医師数の推移と年齢構成より

医療提供体制の地域差拡大 将来の地域提供体制への懸念

都道府県別産婦人科常勤医師数

(2018年と2021年の比較)

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

産婦人科専門医の

約38%は60歳以上であり、

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

考案

- 3分1以上の都道府県で、有床診療所の減少は停滞し、一部増加に転じているため、今後も小規模分散型の医療提供体制が持続していくことが推察される。
- 我が国はこの体制で世界一安全な周産期医療を提供しており、今後、周産期母子医療センターの機能強化・重点化、人員確保のみならず、有床診療所の継続を支援する施策・助成も必要となる。
- 施設の一定数の減少は妊産婦のアクセスに影響するため、国、自治体は妊産婦の移動に関する支援を強化していく必要がある。
- 診療所の減少など医療提供体制は地域により異なり、地域の状況に応じた対応が求められる。

本日の内容

総論：人口減少・少子化・産婦人科の役割

- 周産期医療の危機（過去のできごと）
- 周産期医療の現状
- **働き方改革と宿日直許可**
- 出産費用の見える化と分娩費用のアンケート調査結果
- 分娩の保険化
- 今後の対応

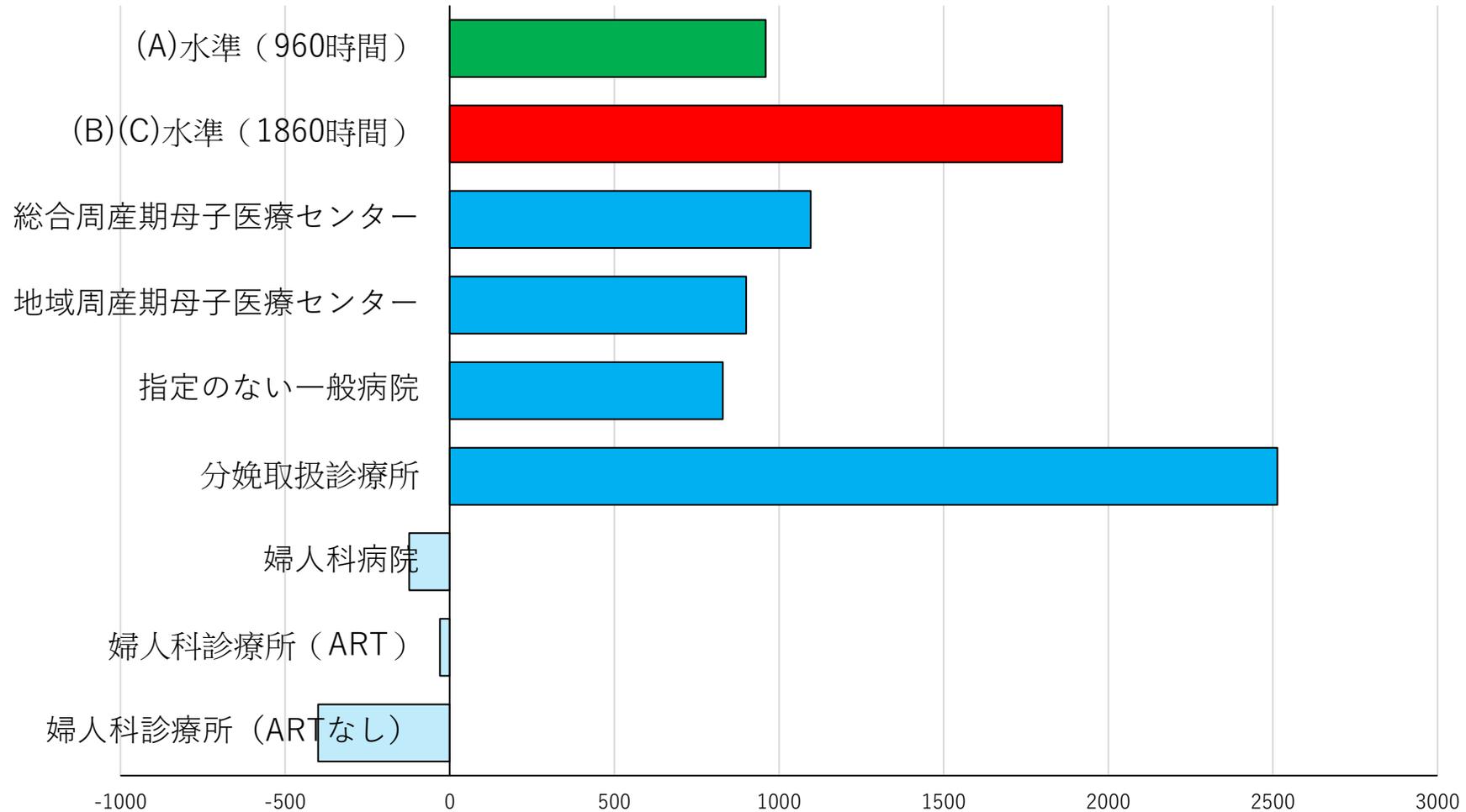
産婦人科診療における働き方改革の難しさ

他科との比較でトップの夜間・休日当直回数
24時間365日に対応しなければならない
分娩・救急外来・緊急手術

平日日勤帯でないといけない産婦人科領域の様々な業務
外来診療・入院病棟業務・予定手術
大学であればプラス研究・教育

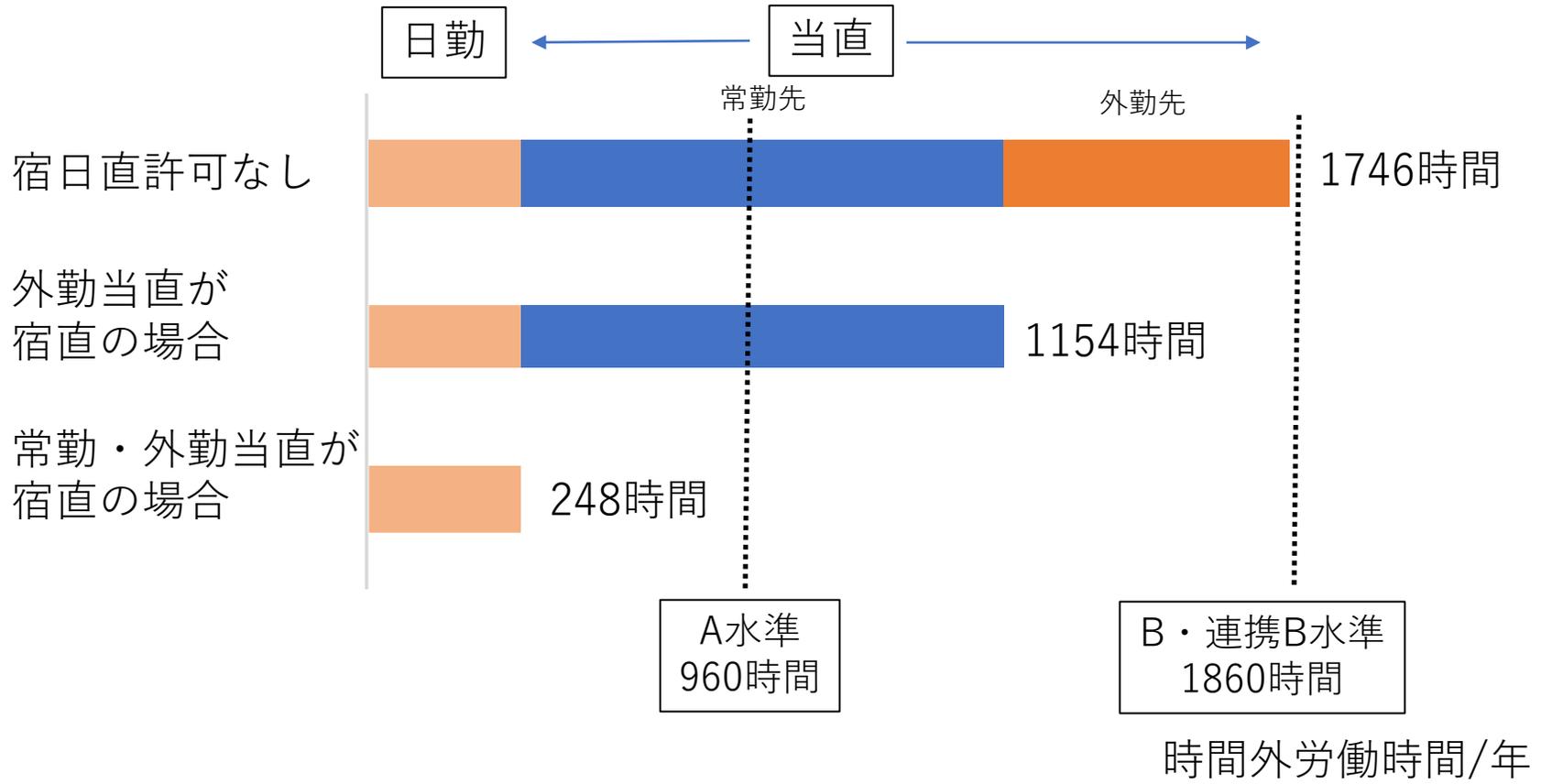
夜間も含めたシフト制勤務を組みたいが、
日勤帯の業務の質と量も求められるため膨大な人員が必要

年間時間外在時間



働き方改革は分娩取扱施設の課題。

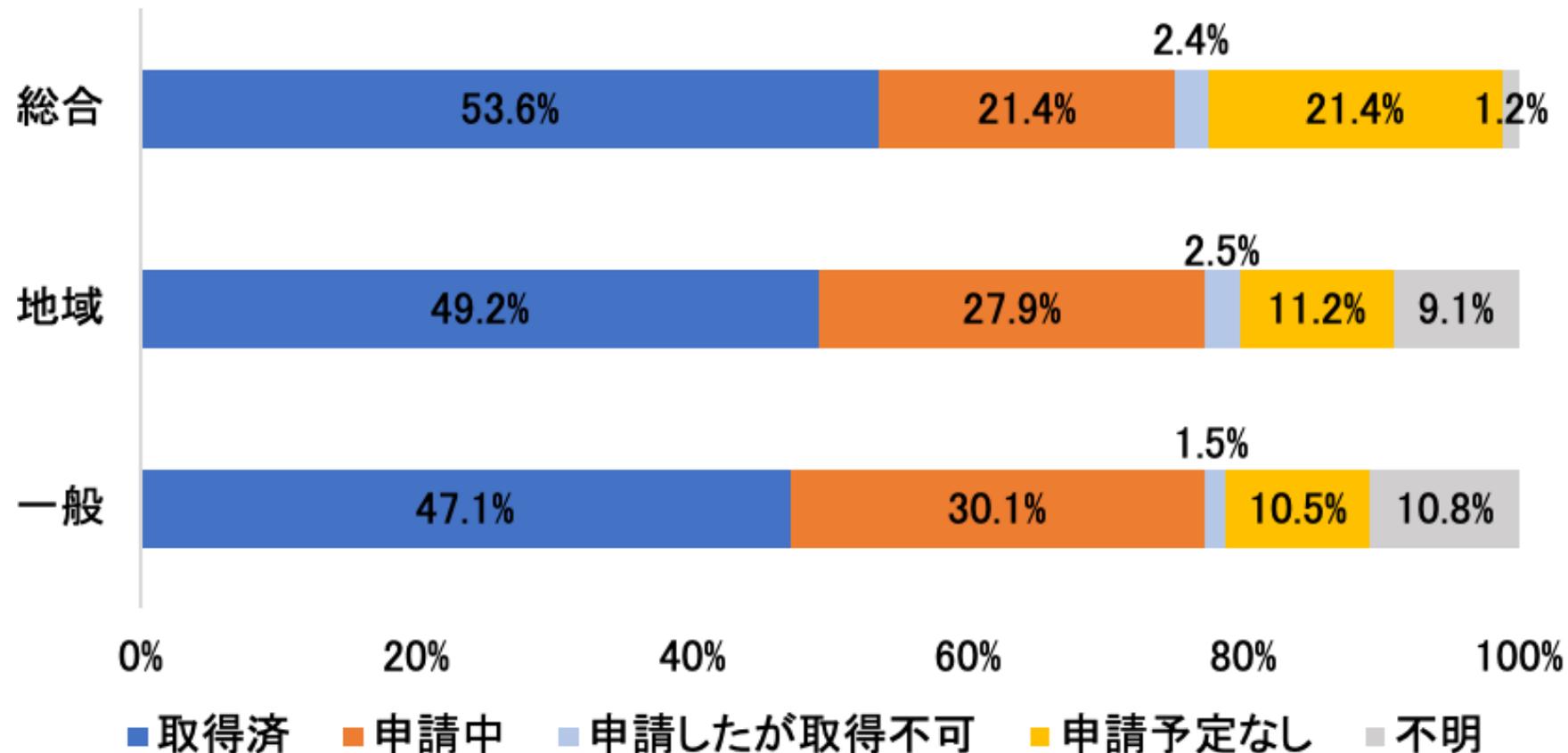
宿日直許可取得による時間外労働の変化



2024年時間外労働上限適用の水準を満たすための**苦肉の策**

宿日直許可の取得状況

周産期センター種別ごと



総合周産期センターでも75%が取得予定

本日の内容

総論：人口減少・少子化・産婦人科の役割

- 周産期医療の危機（過去のできごと）
- 周産期医療の現状
- 働き方改革と宿日直許可
- 出産費用の見える化と分娩費用のアンケート調査結果
- 分娩の保険化
- 今後の対応

出産育児一時金の引き上げに伴う出産費用の見える化について

会員への通知 2022年12月22日

1. 出産費用等の見える化に関する医会の意見書 審議会資料：<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001022175.pdf>
2. 第160回社会保障審議会医療保険部会議事録：https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_29908.html
3. 令和4年12月16日 社会保障審議会医療保険部会における議論の整理：<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001025023.pdf>

令和4年12月9日

社会保障審議会医療保険部会にて、日本産婦人科医会への初めてヒアリング医療現場を預かる専門職能団体である本会への考えが十分に反映されていない

①直接支払い制度の専用請求書の内容の抽出公表の問題点

②金額を一覧化することで起こりうる弊害について

③高次医療施設から助産所までを一律に一覧表にする弊害

そもそも機能が異なる施設の金額のみを並べることに意義は見出せません。

令和4年12月15日

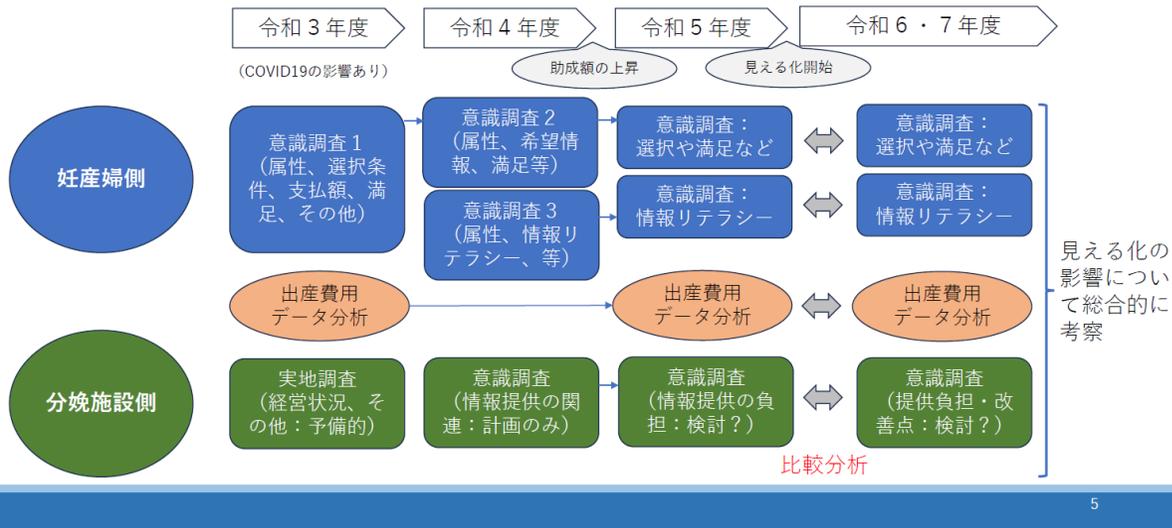
審議会において、本会の主張も一部取り入れられ、出産費用の見える化については、各医療機関の出産費用の状況（直接支払制度専用請求書から算出した平均入院日数・出産費用・妊婦合計負担額の平均値）や**医療機関の特色やサービス**の内容についても令和6年4月を目途にHPで医療機関毎に公開する。

＜研究全体の目的＞ 出産費用の「見える化」における公表項目等の検討、詳細な出産費用の分析や「見える化」の効果検証を行う必要がある。以上を踏まえ、本研究は、出産費用の「見える化」と出産育児一時金の引上げという政策の潮流を背景に、それら（見える化と引き上げ）が妊産婦等の受療行動や分娩施設等の運営行動にどのような影響を及ぼすのか明らかにし、出産育児一時金の制度や少子化対策等の周辺政策の将来の議論に資することを目的とする。

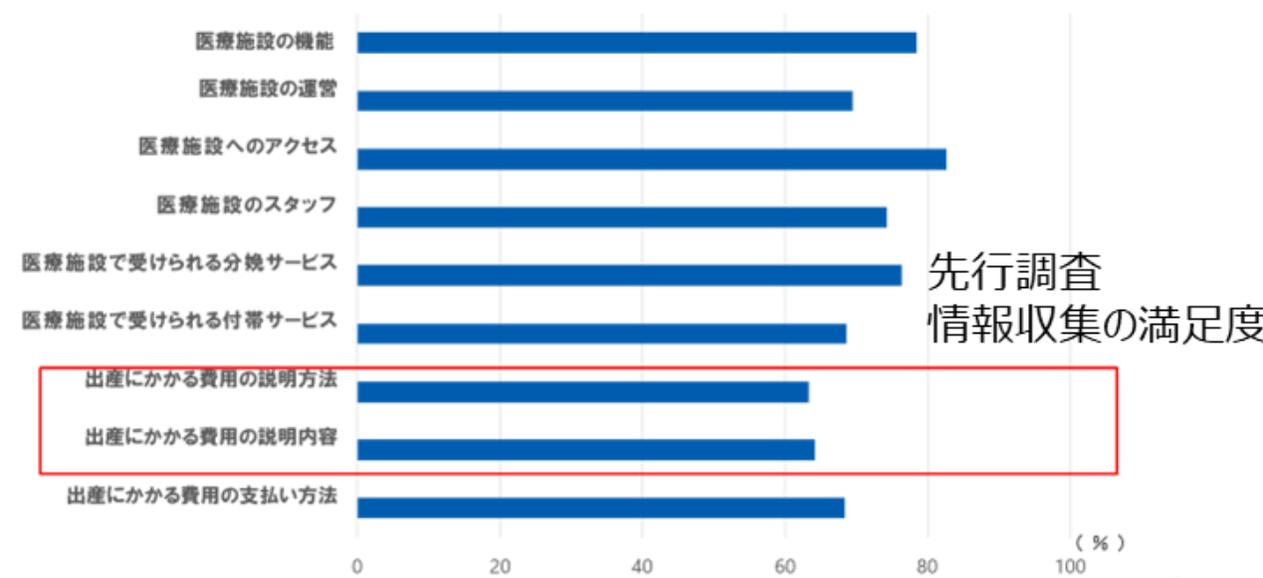
令和6年度 費用分析方法の検証、出産費用の分析、令和7年度 見える化の効果検証、出産費用の変動分析

見える化の検証方法

▶ 令和3年度、4年度の先行調査の内容に準じて見える化前後の影響の検証を進める方向でどうか



○ 情報収集への満足度が高かったのは、「医療施設へのアクセス」、「医療施設の機能」、次いで「医療施設で受けられる分娩サービス」であった。最も低かったのは、「出産にかかる費用の説明方法」、「出産にかかる費用の説明内容」であった。



点数設定、経営状況は厚労科研野口班で検討、予備調査 (学会 (谷川原)、医会 (宮崎) 常務理事が参加)

妊婦健診の課題 (標準化) 検討開始 (こども家庭庁科研) (学会から関沢常務理事が参加)

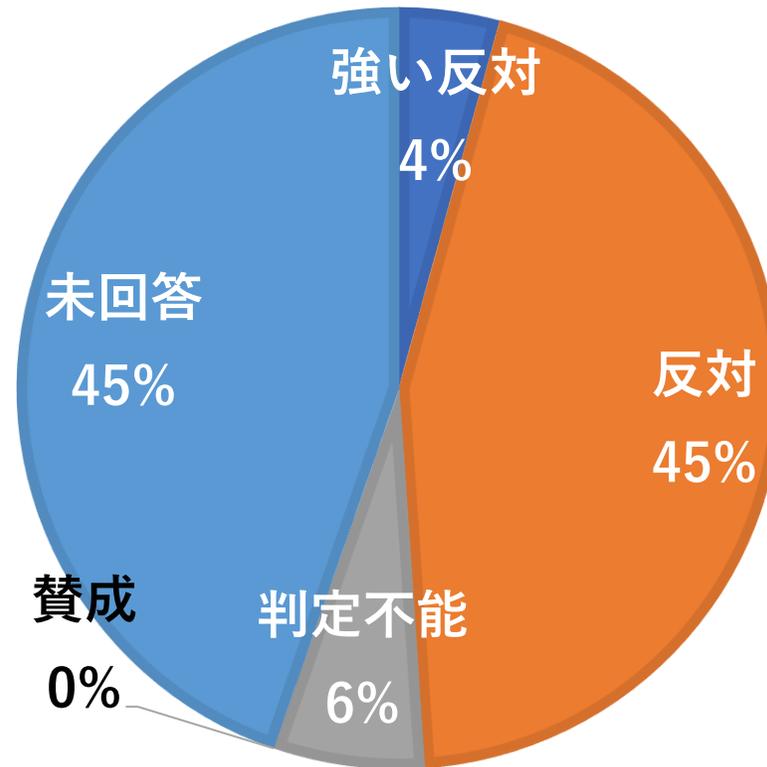
厚労省、こ家庁共同で検討会設置

医療界 (医師会、医会、学会、周産期新生児医学会、看護協会、助産師会)、医療保険者、自治体、学識経験者等

出産費用の保険適用化検討に対する産婦人科医会の見解 (令和5年4月7日)

- これまで出産費用の保険適用化には一貫して「反対」してきた
- 出産費用の保険適用化には慎重な議論が必要であるとの立場を維持するとともに議論に参加。以下の懸念があり、現時点では保険化には反対である。
 - ① 保険適用の範囲と運用等によっては、かえって妊婦の自己負担が増す可能性がある
 - ② 妊娠、出産、産後を通して、自費診療の枠組みで行われている医療や保健サービスの取り扱いが不明で、それらが提供できなくなる可能性がある
 - ③ 全国一律の分娩費用になることで、地域によっては分娩取扱施設の運営が困難になり、医療提供体制に支障をきたす懸念がある

出産費用の保険適用化に関する意見 (都道府県産婦人科医会からの回答)



日本産婦人科医会調査2023年4月20日

出産育児一時金増額後の妊婦負担に係る試算

出産育児一時金増額後の妊婦負担に係る試算

	施設数	分娩数
全施設	1037	427,542
病院	498 (48.0%)	229,031 (53.6%)
診療所	539 (52.0%)	198,511 (46.4%)
妊婦負担が発生する施設*	422 (42.6%)	222,691 (52.1%)
病院	227	131,771
診療所	215	90,920
妊婦負担が発生する産科単科の施設*	226 (21.8%)	101,387 (23.7%)
病院	11	10,467
診療所	215	90,920

* 分娩費用が50万円以上の施設

医業推進部会2023年調査, 施設情報調査2022より作成
参考: 分娩取扱施設: 2,106施設 (病院: 971, 診療所: 1135)

保険適用による分娩収入の変化（推計）

経営基盤の弱い施設を中心に分娩取扱施設の減少に拍車がかかる可能性があり、ひいては地域の現況によっては、居住地で分娩できず、産前待機などを招く可能性がある

- 当初が出産育児一時金と同額であればおよそ4分の1が減収となる
- 据え置き期間が長ければ、分娩数の自然減少により分娩収入が経時的に減少

保険適用による分娩収入の変化（推計）

①入院料
②室料差額
③分娩介助料
④分娩料
⑤新生児保育管理料
⑥検査・薬剤料
⑦処置・手当料
⑧産科医療補償制度
⑨その他
⑩一部負担金等
⑪妊婦合計負担額
無痛分娩

- 正常分娩の医療費用 ①、④、⑤、⑥、⑦を診療報酬で点数化した場合（⑧は簡単のため保険点数に含む）。
- 50千点、60千点、70千点それぞれで計算、**点数は8年間据え置き**
- **対照は平成24年から令和3年度の正常分娩費用と同様増加する（年1.6%）とし計算**
- 医療外費用ならびに個人の選択である②、⑨、無痛分娩現時点で保険診療となっている⑩、および異常分娩にかかる③は考慮せず
- 現在の出産費用（合計負担額） 平均500千円（田倉班データ）
- 変数設定 一施設あたりの分娩数年間500
- **分娩数の年間減少率は3%（コロナ前2015-19の平均減少率）賃金、物価上昇、地域差は考慮せず**

保険適用による分娩収入の変化（推計）

保険適用なし（現行制度で推移）					保険適用												
出産育児一時金500千円					医療費用にあたる部分50千点で設定					医療費用にあたる部分60千点で設定				医療費用にあたる部分70千点で設定			
年度	単価	分娩数	分娩売上	現行初年度に対する比	年度	単価	分娩数	分娩売上	現行初年度に対する比	単価	分娩数	分娩売上	現行初年度に対する比	単価	分娩数	分娩売上	現行初年度に対する比
0	500.0	500.0	250000.0	100.0%	0	500.0	500.0	250000.0	100.0%	600.0	500.0	300000.0	120.0%	700.0	500.0	350000.0	140.0%
1	508.0	485.0	246380.0	98.6%	1	500.0	485.0	242500.0	97.1%	600.0	485.0	291000.0	116.5%	700.0	485.0	339500.0	135.9%
2	516.1	470.5	242812.4	97.1%	2	500.0	470.5	235225.0	94.3%	600.0	470.5	282270.0	113.1%	700.0	470.5	329315.0	132.0%
3	524.4	456.3	239296.5	95.7%	3	500.0	456.3	228168.3	91.5%	600.0	456.3	273801.9	109.8%	700.0	456.3	319435.6	128.1%
4	532.8	442.6	235831.5	94.3%	4	500.0	442.6	221323.2	88.8%	600.0	442.6	265587.8	106.6%	700.0	442.6	309852.5	124.4%
5	541.3	429.4	232416.6	93.0%	5	500.0	429.4	214683.5	86.3%	600.0	429.4	257620.2	103.5%	700.0	429.4	300556.9	120.8%
6	550.0	416.5	229051.2	91.6%	6	500.0	416.5	208243.0	83.7%	600.0	416.5	249891.6	100.5%	700.0	416.5	291540.2	117.2%
7	558.8	404.0	225734.6	90.3%	7	500.0	404.0	201995.7	81.3%	600.0	404.0	242394.9	97.6%	700.0	404.0	282794.0	113.8%
8	567.7	391.9	222465.9	89.0%	8	500.0	391.9	195935.8	78.9%	600.0	391.9	235123.0	94.7%	700.0	391.9	274310.2	110.5%

<p>1. 安全面での課題</p> <p>都市部では病院出産が多く、地方では有床診療所出産が多い。この小規模分散型体制で世界一の周産期医療水準を達成してきたが、保険化によりその体制と安全性に影響が出ないか。</p>			
<p>2. 妊婦の望む出産場所の確保</p> <p>出産場所選択理由の第一位は医療施設へのアクセスで、全国約半数の妊婦は有床診療所を選択している。出産費用は、地域ごとの所得、地代、賃金などに依存し、全国一律ではないが、保険化によりそれぞれの地域で施設が維持できるか。特に影響の大きい産科専門施設の撤退や質の低下など妊産婦に不利益が生じないか。</p>			
<p>3. 妊産婦の多様なニーズに対応してきた体制の維持</p> <p>妊産婦の送迎、出産前後の施設外宿泊施設確保、土日・夜間の健診、超音波検査画像・動画の提供、自由な面会時間、個室利用、食事内容の充実、家族の宿泊、保育施設併設など妊産婦が希望してきたサービスの維持が可能か。</p>			
<p>4. 正常分娩に係る他の医療行為や管理との関係</p>			
<p>← 妊娠前・妊娠中 →</p>	<p>← 出産 →</p>	<p>← 産後 →</p>	
<p>プレコンセプションケア がん・感染症検査等 ワクチン接種 栄養・家族計画等指導</p>	<p>分娩監視装置 吸引・鉗子娩出術 会陰切開・縫合術 緊急帝王切開術 などとの関係</p>	<p>無痛分娩</p> <p>出産費用の 保険化 (保険の範囲?) (リスクの評価?) (胎盤等胎児附属物の 取扱) (入院日数?)</p> <p>新生児管理 (オーバーベッド) (小児科診察)</p>	<p>沐浴・授乳・保健指導 マス・スクリーニング 聴覚スクリーニング 産後管理等の取扱</p> <p>2週間・1ヶ月健診 メンタルヘルスケア 産後ケア事業の取扱</p>
<p>妊婦健診、助産師外来 母子感染症検査 保健指導等の取扱 後期流産・死産の取扱</p>	<p>医療安全の確保 新興感染症対策 緊急帝王切開準備 新生児科医確保 麻酔科医確保 などに係る経費</p>	<p>アメニティの充実 個室利用 (個室割合?) Wi-Fi提供 食事内容の充実 保育施設常備 家族での宿泊など</p>	<p>DPC 高額医療制度 助産制度などの 取り扱いは?</p> <p>妊婦の自己負担は? (妊産婦医療費助成制度?)</p>
<p>出生前の胎児検査 (超音波・羊水検査等)</p>			

出産費用を保険化する場合、医療安全の確保や妊産婦と新生児の多様なニーズに対応するサービスが損なわれることのないよう、上記諸事項に特段の配慮が必要になる。

「政府案 出産費用（正常分娩）の保険適用の導入」に関するアンケート 報告

（スペシャリスト・ドクターズ株式会社：2023/7/26）

結果の概要

- 79%の医療機関が出産費用の保険適用について反対
- 91%の医療機関が出産費用が保険適用された場合、収益が減る。そのうち67%の医療機関が赤字になると答えている（全体の60%）
- 34%の医療機関が、保険適用された場合、分娩の中止を検討すると答えている

「政府案 出産費用（正常分娩）の保険適用の導入」に関するアンケート 報告
（スペシャリスト・ドクターズ株式会社：2023/7/26）

調査の概要

調査対象者：全国の産科医療機関の経営者

調査方法：web調査

実施期間：2023年4月5日から5月28日

有効回答数：90施設（一次施設：85、

施設地域周産期センター：3施設、

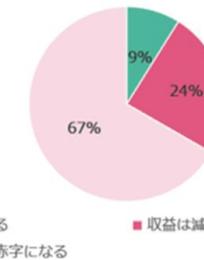
総合周産期センター：2施設）

出産費用（正常分娩）の保険適用についてどのように感じましたか？



Specialist Doctors

出産費用（正常分娩）が保険適用された場合、医療機関の収益にどのような影響がありますか？



■ 収益が増える
■ 収益は減るが赤字にはならない
■ 収益が減り赤字になる

Specialist Doctors

N=90

50

日本医療政策機構 産科医療プロジェクト～ 少子化時代における我が国の産科医療体制のあり方について 緊急提言の概要

1. 国は産科医療体制の将来像について明確なビジョンを提示せよ
2. 出産費用の保険適用化に際しては、適切な点数設定を。さらに、報酬改定の際には、出産費用に関わる自然増部分を適切に反映すべき
3. 周産期医療に関連する診療行為への適正な加算と見直し
4. 妊産婦の自己負担が生じない仕組みを自治体等と協力して制度設計
5. 産科医療機関の集約化と併せて無痛分娩のありかたと体制構築の検討：集約化への懸念

本日の内容

総論：人口減少・少子化・産婦人科の役割

- 周産期医療の危機（過去のできごと）
- 周産期医療の現状
- 働き方改革と宿日直許可
- 出産費用の見える化と分娩費用のアンケート調査結果
- 分娩の保険化
- 今後の対応

保険診療と保険外診療の併用について

- 「保険診療」と「保険外診療」の併用は原則として禁止されており、いわゆる「混合診療」は全体として自由診療として整理される。
- いわゆる「混合診療」を無制限に導入した場合、「患者の負担が不当に拡大するおそれがある」「科学的根拠のない特殊な医療の実施を助長する恐れがある」として、一定のルール設定が不可欠としている。
- こうしたルールに基づいて、保険診療との併用が認められる保険外診療は「評価療養」と「選定療養」に区分されている。

保険外併用療養費について

保険診療との併用が認められている療養

評価療養・・・保険導入のための評価を行うもの

選定療養・・・保険導入を前提としないもの

保険外併用療養費の仕組み
[差額ベッドの場合]



保険外併用療養費として
医療保険で給付

患者から料金徴収
(自由料金)

※ 保険外併用療養費においては、患者から料金徴収する際の要件(料金の掲示等)を明確に定めている。

○評価療養

- ・ 先進医療
- ・ 医薬品、医療機器、再生医療等製品の治験に係る診療
- ・ 薬事法承認後で保険収載前の医薬品、医療機器、再生医療等製品の使用
- ・ 薬価基準収載医薬品の適応外使用
(用法・用量・効能・効果の一部変更の承認申請がなされたもの)
- ・ 保険適用医療機器、再生医療等製品の適応外使用
(使用目的・効能・効果等の一部変更の承認申請がなされたもの)

○選定療養

- ・ 特別の療養環境(差額ベッド)
- ・ 歯科の金合金等
- ・ 金属床総義歯
- ・ 予約診療
- ・ 時間外診療
- ・ 大病院の初診
- ・ 小児う触の指導管理
- ・ 大病院の再診
- ・ 180日以上入院
- ・ 制限回数を超える医療行為

出産費用をめぐる今後の方針についての検討（大枠の流れ）

これまでの経緯：
大正11年～ 健康保険法上の給付の対象
給付の方法：現金給付（医療現場；自由診療）

現状：一律給付・地域格差・増額傾向

療養の
給付

保険給付（現物給付）の対象とするか否か

（一部でも）現物保険給付の対象

保険給付の対象外

出産育児一時金の
継続

保険給付方法と給付範囲を同時にそれぞれ検討

給付方法

出来高で
個別点数化

療養費等で
包括的

給付範囲

分娩のみ

産前・産後を
含む

対象者
（母体・新生児）

対象行為

給付方法・範囲によって療養給付と療養給付外を併用する必要性・方法を検討（選定療養や実費徴収、出産育児一時金との併用など）

妊娠・出産にかかる一連のサービスと費用（例）

院内助産・出産時の心理的ケア・LDR

特別食・母子同室・母子別室・アロマケア・
写真動画撮影など



産婦人科など受診

定期健診

入院準備など

入院して出産

初診料・検査料など：
一般的には1万円から2万円前後

保険外：補助券交付あり
(受診回数目安：14回)
自費で支払い額：5万円～7万円程度

正常分娩：
療養の給付対象外

出産育児一時金

異常分娩：
保険適用

- ・産後生活指導
- ・新生児預かり
- ・沐浴指導
- ・母乳コンサルテーションなど

入院料	無痛分娩では +10万円程度	78,950円
室料（差額）		24,161円
分娩料/分娩介助料		257,981円/243,116円
新生児管理保育料		46,534円
検査薬剤料		10,250円

処置・手当	11,735円
産科医療補償制度	16,050円
その他	28,779円
一部負担金	41,440円

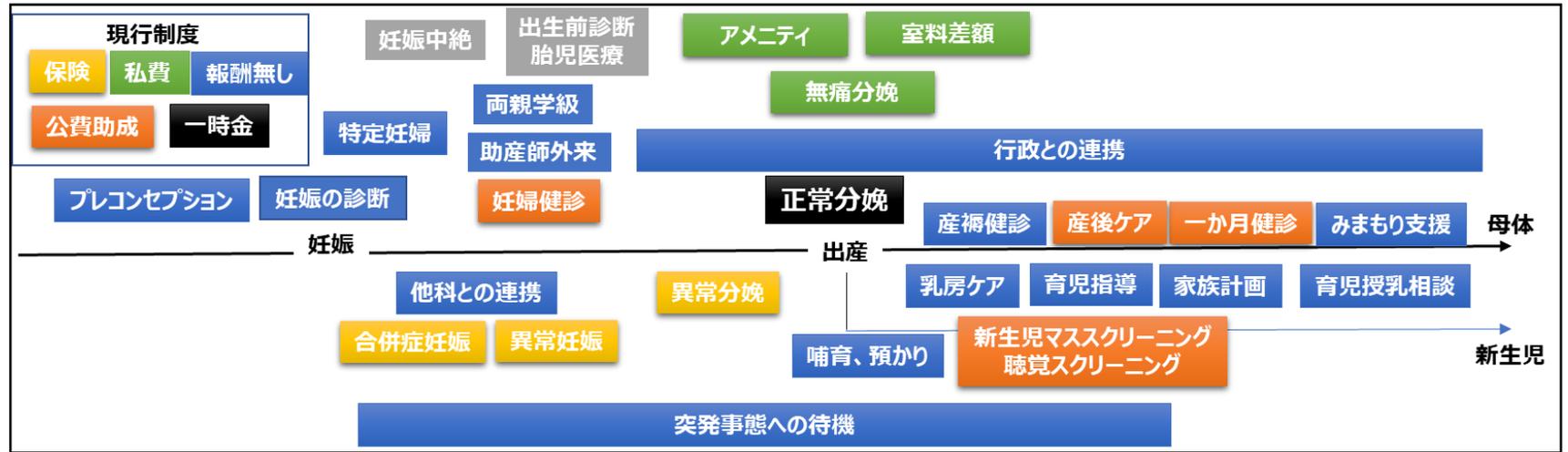
妊婦合計負担金額

507,782円

保険化か否かに関わらず、産婦人科施設の収益構造のイノベーションが必要

- 周産期医療は同時に2つの命を取り扱う
- 出産中に限らず一定の確率で起こりうる不測の事態の対応にコストがかかる
- 行政との連携や合併症妊娠などでの他科の連携などは未評価
- 育児指導、栄養管理、カウンセリングやメンタルヘルスケアなど未助成や点数未設定項目多数
- 新生児ベッドや差額病床の割合など、現制度で想定外
- 無痛分娩やアメニティなど多様なニーズ
- 混合診療との切り分けが複雑化

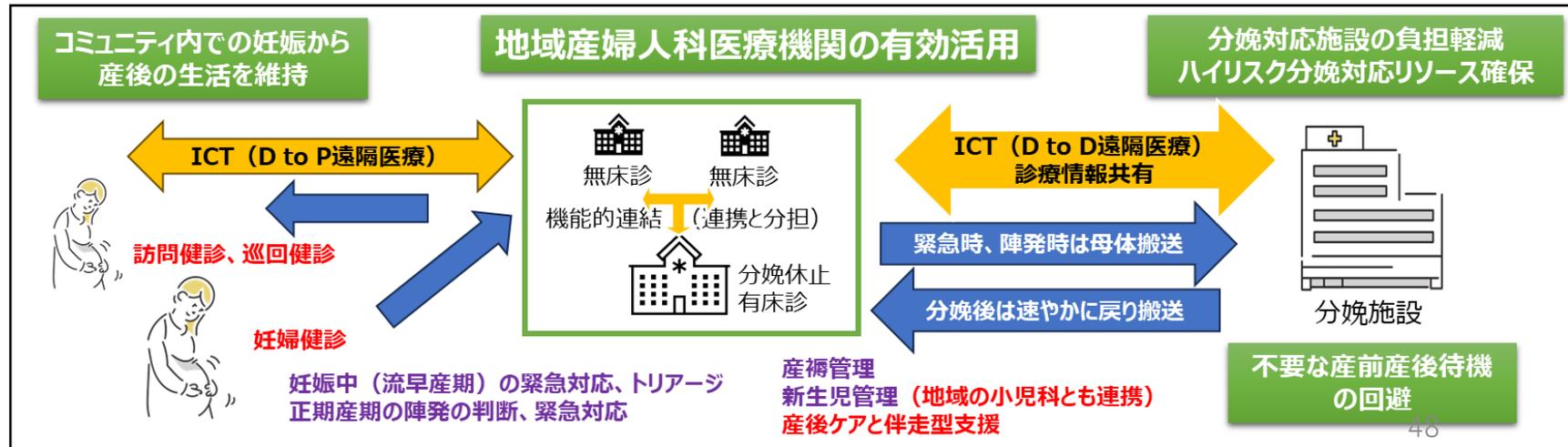
妊娠前、妊娠中、出産、産褥、育児期を通じた母児（胎児、新生児）管理の報酬上の建付け 母児予後、産前産後QOL確保に資する業務は存在するが、現状その多くの診療報酬が担保されていない



産科施設は“分娩”外の収入源が少ない

- **産科領域の分娩以外の診療報酬**
- 婦人科診療
- 女性ヘルスケア
- 最適解は地域で異なるが、**分娩（特に出産そのもの）への依存を軽減し、分娩取扱を中止しても婦人科ではなく産婦人科施設として機能できる選択肢を**（今の無床診は妊婦健診、それも初期しかできない）

分娩ができなくなっても地域で妊婦健診/妊娠管理の質を担保しながら産後ケアまで安全に提供するスキーム



産婦人科医会の見解（令和6年5月）

保険適用化には慎重な議論が必要であり、議論には積極的に参加する。
以下理由から、現段階では保険化には反対である。

妊産婦さんからみれば、

- 妊婦の自己負担が増す可能性がある
 - 妊娠、出産、産後を通して、医療や十分な保健サービスが受けられない。
 - 身近に分娩できる施設がなくなる心配がある。
-

これまでの実績：世界一安全な周産期医療を提供、国にも医療界にも誇りあり。
提供する医療側から、言い換えれば

1. 安全面での課題：世界に誇る周産期医療が提供できるのか
2. 妊婦の望む出産場所の確保への課題：近隣で安心して分娩できるのか
分娩取扱施設の運営が困難になり、医療提供体制に支障をきたす懸念がある。
急変が起きた時、自宅で分娩進行した場合に搬送までの時間がかかる。
3. 妊産婦の多様なニーズに対応してきた体制が維持できるかの課題
第2子、第3子が欲しいという気持ちになれるかが心配である。