

第191回日本産婦人科医会記者懇談会

今後の「妊娠・出産・産後における妊産婦等の 支援策等に関する検討会」について

令和6年12月11日
公益社団法人 日本医師会
常任理事 濱口 欣也



周産期医療提供体制に関する 状況について



「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が予想される
- ・個々の妊婦の背景（年齢や経済状況など）
- ・ニーズの多様化も続くと予想される

II. 供給（医療提供体制）

- ・医療施策（三位一体改革*）の影響

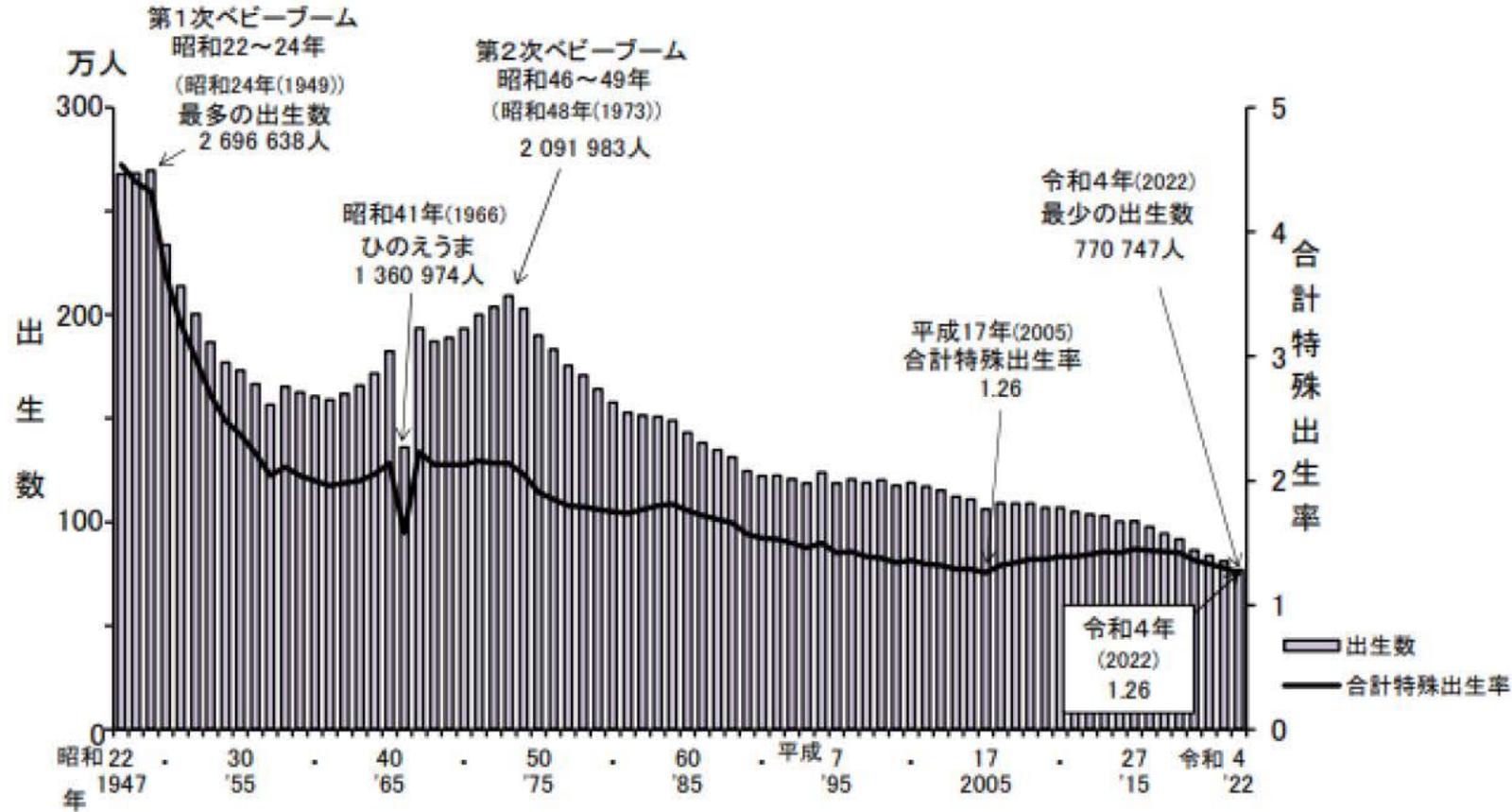
III. 費用

- ・出産費用の見える化
- ・出産費用の保険適用化の検討（異常分娩は保険適用されているが、正常分娩を追加するか）

* 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が施行されている。
- ・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。

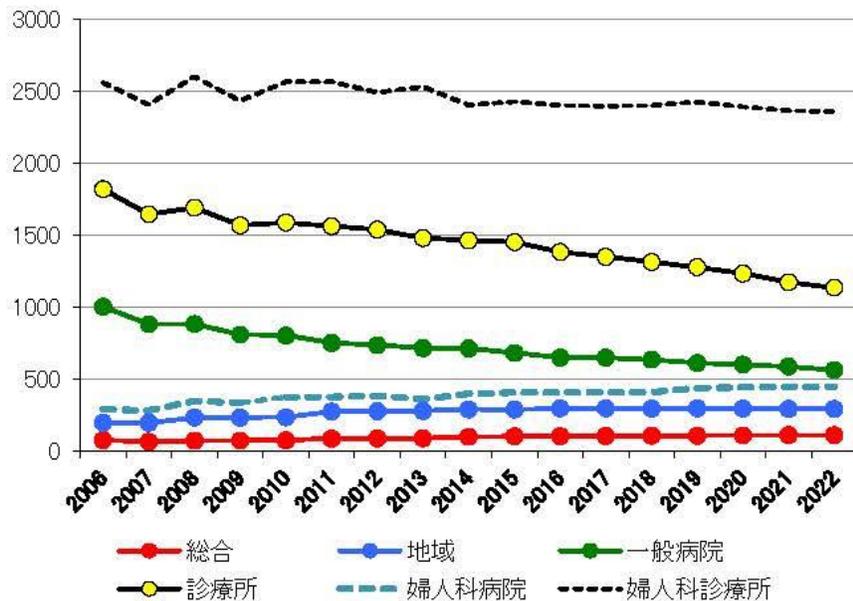
出生数の推移(全国)



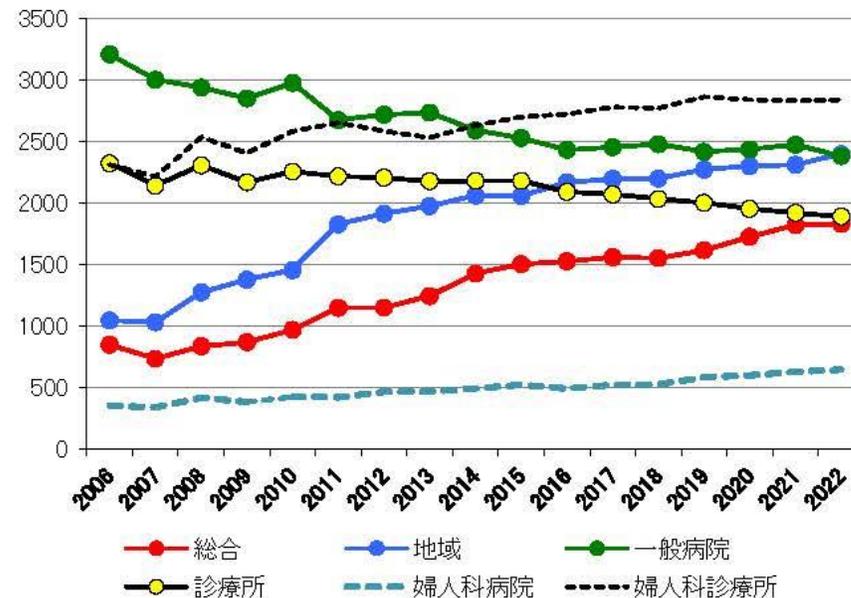
データ: 令和4年人口動態統計月報年計(概要)より

産婦人科医療提供体制（施設数と医師数の推移）日本産婦人科医会施設情報調査2022

産婦人科施設数の推移



医師数の推移



2006年→2022年比較

全施設: 5,946→4,908施設 (17%減).
 分娩取扱診療所: 1818→1135施設 (38%減).
 一般病院: 1003→563施設 (44%減).
 総合1.4倍, 地域1.5倍増, 婦人科施設は横ばい.

2006年→2022年比較

全医師: 10,083→11,973名 (19%増).
 分娩取扱診療所: 2322→1888名 (19%減).
 一般病院: 3204→2379名 (26%減).
 総合2.2倍, 地域2.3倍, 婦人科施設1.3倍増.

過去16年間で施設数は17%減少し, 分娩を取扱う一般病院と診療所の減少が顕著である. 一方, 周産期母子医療センターは増加し, 全ての都道府県に配置が完了している. 常勤医師数は周産期母子医療センターを中心に増加したが, 医師の働き方改革をクリアできる人数には到達していない.

妊産婦死亡率の推移(1994~2020)

- 妊産婦死亡数は年々減少しており、2020年（令和2年）には、23例/年。
- 本邦における周産期死亡率、妊産婦死亡率は諸外国と比較し低率であり、世界において最も安全なレベルの周産期医療体制を提供している。



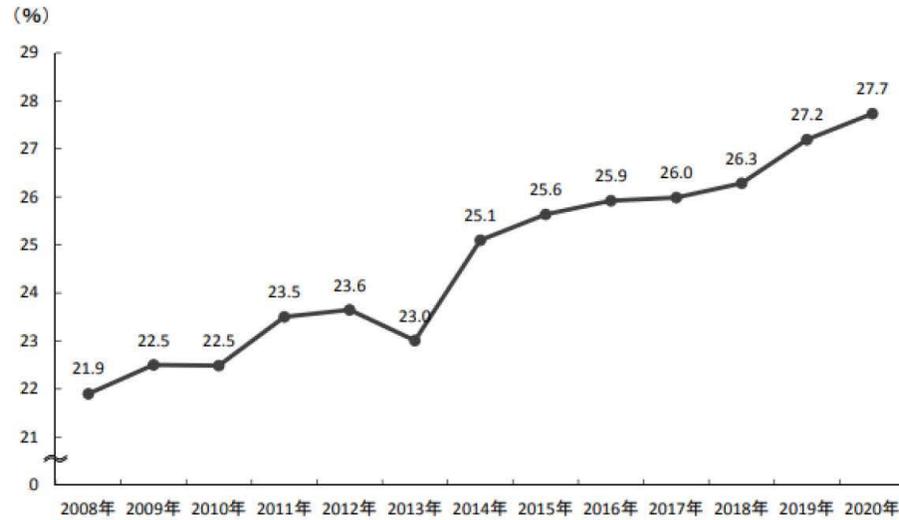
	周産期死亡率	妊産婦死亡率
日本*	3.2	2.7
カナダ	5.8	6.0
アメリカ	6.0	28.7
フランス	11.8	4.7
ドイツ	5.6	3.3
イタリア	3.8	3.3
オランダ	4.8	3.5
スウェーデン	4.7	0.9
イギリス	6.6	4.5
オーストラリア	2.9	2.6
ニュージーランド	4.9	17.0

*国際比較のため、周産期死亡は変更前の定義（妊娠週28週以降の死産数と早期新生児死亡数を加えたものの出生千対）を用いている。また、妊産婦死亡は出生10万対を用いている。

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」

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

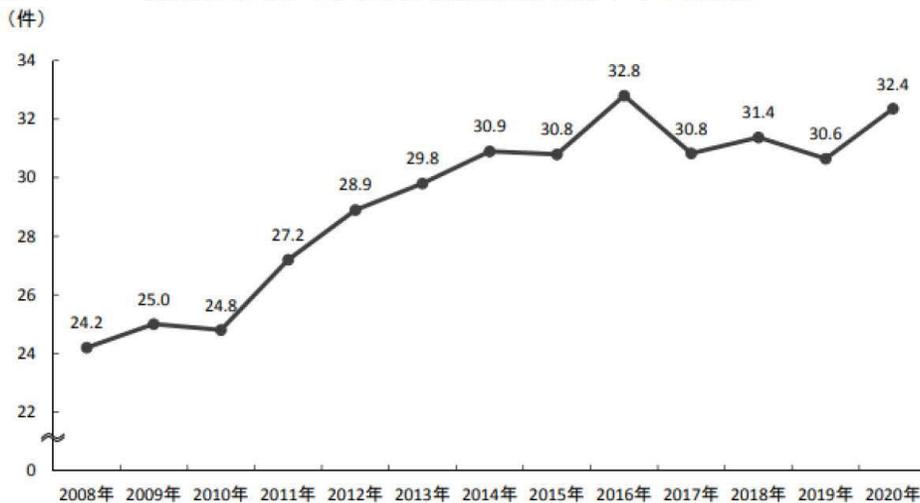


帝王切開率・母体搬送率ともに年々増加傾向

分娩数は減少しているものの、高年妊娠の割合増加(2010年23.8%→2020年30.0%)や生殖補助医療(ART)で妊娠する女性の割合増加(出生数のうちARTの占める割合:2010年2.58%→2020年6.99%)などにより、慎重な管理が必要なハイリスク妊娠は増加している。

産婦人科医療改革グランドデザイン2,023(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

【図4】 施設当たり年間母体搬送受入数の年次推移



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」

「出産」に関する費用について



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：公的病院の平均出産費用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）

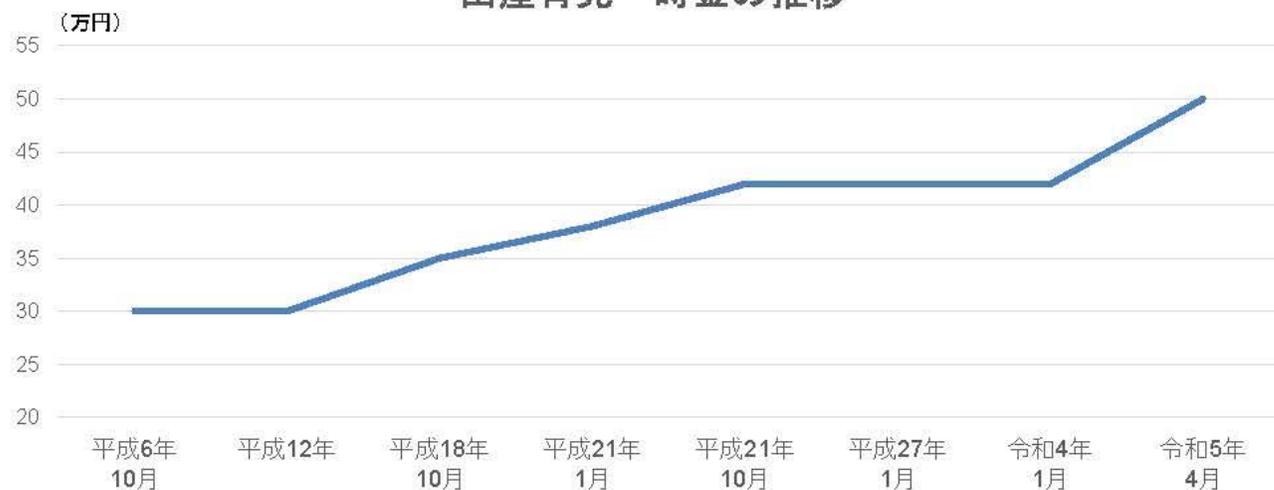
- 産科医療補償制度の掛金を1.6万円から1.2万円に引き下げ

令和5年4月～ 原則50万円（本人分40.8万円→48.8万円引上げ）

- 支給額の考え方：全施設の平均出産費用約48万円（令和4年度の推計額）※室料差額、その他（祝膳等）、産科医療補償制度の掛金は除く

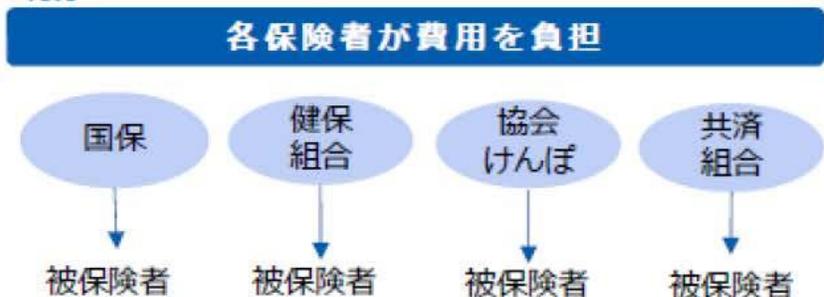
出産育児一時金の金額推移と現行の費用負担

出産育児一時金の推移



・ 出産育児一時金の支給額は政令または条例により決定

<現行>



参考 令和元年度の各保険者 支給件数・支給額・財源割合

<支給件数・支給額（令和元年度）> (出典：「医療保険に関する基礎資料」)

	支給件数 (万件)	支給額 (億円)	財源構成
健康保険組合	30	1,247	保険料 (10/10)
協会けんぽ	39	1,630	保険料 (10/10)
共済組合	12	501	保険料 (10/10)
市町村国保	9	359	保険料 (1/3) 地方交付税 (2/3)
国保組合	2	91	保険料 (3/4相当) 国庫補助(1/4相当)(※)
計	91	3,827	

※ 全国土木建築国保組合を除く。

正常分娩の出産費用の状況（費目別）

正常分娩の各項目の平均額と経年での比較

	入院料	分娩料	新生児管理保育料	検査・薬剤料	処置・手当料	室料差額 (A)	産科医療補償 制度 (B)	その他 (C)	妊婦合計負担 額	出産費用 妊婦合計 負担額 (A)~(C) 控除後
①令和4年度 (令和4年4月~ 令和5年3月請求)	118,326円	282,424円	50,052円	14,739円	16,753円	17,441円	11,820円	34,242円	545,797円	482,294円
②令和5年度 (令和5年4月~ 令和6年3月請求)	122,898円	298,898円	51,572円	15,738円	17,433円	18,429円	11,767円	37,847円	574,583円	506,540円
③令和6年度上半期 (令和6年4月~ 令和6年9月請求) 半年分	125,671円	306,327円	51,887円	16,308円	17,759円	19,732円	11,753円	40,357円	589,794円	517,952円
②-①	+4,572円 (+4%)	+16,474円 (+6%)	+1,520円 (+3%)	+999円 (+7%)	+680円 (+4%)	+988円 (+6%)	-53円 (±0%)	+3,605円 (+11%)	+28,786円 (+5%)	+24,246円 (+5%)
③-①	+7,345円 (+6%)	+23,903円 (+8%)	+1,835円 (+4%)	+1,569円 (+11%)	+1,006円 (+6%)	+2,291円 (+13%)	-67円 (-1%)	+6,115円 (+18%)	+43,997円 (+8%)	+35,658円 (+7%)

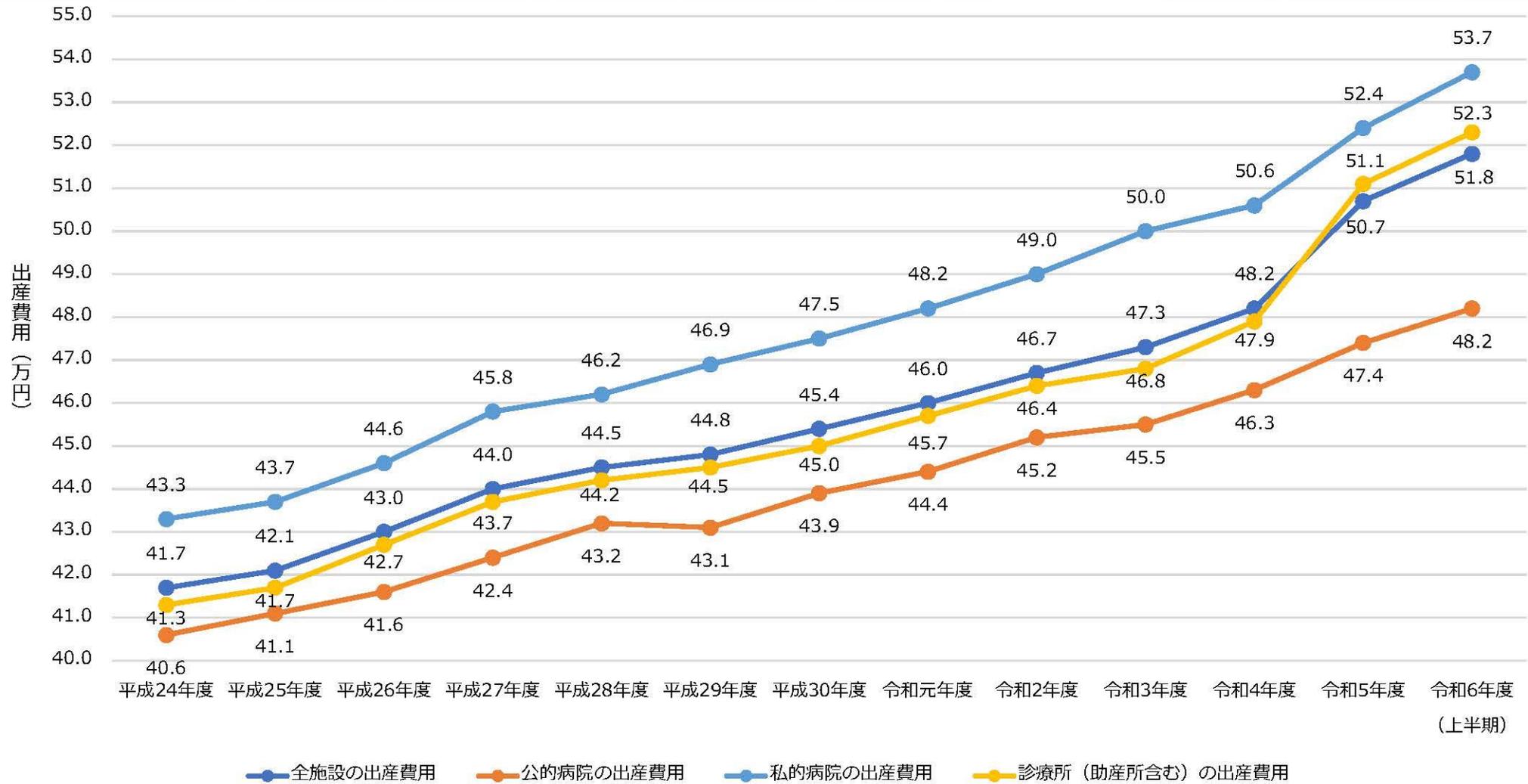
※本資料においては、出産育児一時金の直接支払制度実施要綱に基づき、分娩に係る異常に対し保険診療が行われた分娩として請求のあったものを異常分娩としている。

※出産育児一時金の直接支払制度の請求データより厚生労働省保険局において集計

各費目の詳細（直接支払制度の専用請求書記載項目）

- ・入院料...妊婦に係る室料、食事料。保険診療に係る入院基本料及び入院時食事療養費はこれに含まれない。
- ・分娩料...正常分娩（分娩が療養の給付の対象とならなかった場合）時の、医師・助産師の技術料及び分娩時の看護・介助料。
- ・新生児管理保育料...新生児に係る管理・保育に要した費用をいい、新生児に係る検査・薬剤・処置・手当に要した相当費用を含める。新生児について療養の給付の対象となった場合、これに含まれない。
- ・検査・薬剤料...妊婦（産褥期も含む）に係る検査・薬剤料をいう。療養の給付の対象となった場合、これに含まれない。
- ・処置・手当料...妊婦（産褥期も含む）に係る医学的処置や乳房ケア、産褥指導等の手当に要した費用をいう。療養の給付の対象となった場合、これに含まれない。
- ・室料差額...妊婦の選定により、差額が必要な室に入院した場合の当該差額。
- ・産科医療補償制度...産科医療補償制度の掛金相当費用をいう。
- ・その他...文書料、材料費及び医療外費用（お祝い膳等）等、上記の7項目に含まれない費用をいう。
- ・妊婦合計負担額 ... 直接支払制度の利用の有無にかかわらず、実際に被保険者等又はその被扶養者に請求することとなる実費をいう。上記項目の合計に一致する。3

正常分娩の平均出産費用の年次推移



※本資料においては、出産育児一時金の直接支払制度実施要綱に基づき、分娩に係る異常に対し保険診療が行われた分娩として請求のあったものを異常分娩としている。

※出産費用は妊婦合計負担額から「室料差額」、「産科医療補償制度掛金」、「その他」の費目を除く費用の合計額を指す。

※出産育児一時金の直接支払制度の請求データより厚生労働省保険局にて算出

※令和6年度は令和6年4月から令和6年9月までの半年分の請求データ

産科診療所の特別調査 結果と課題

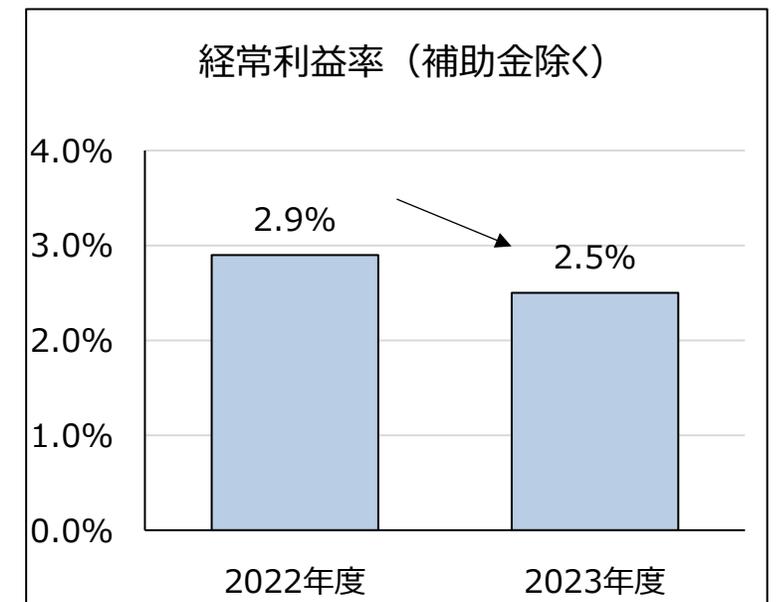
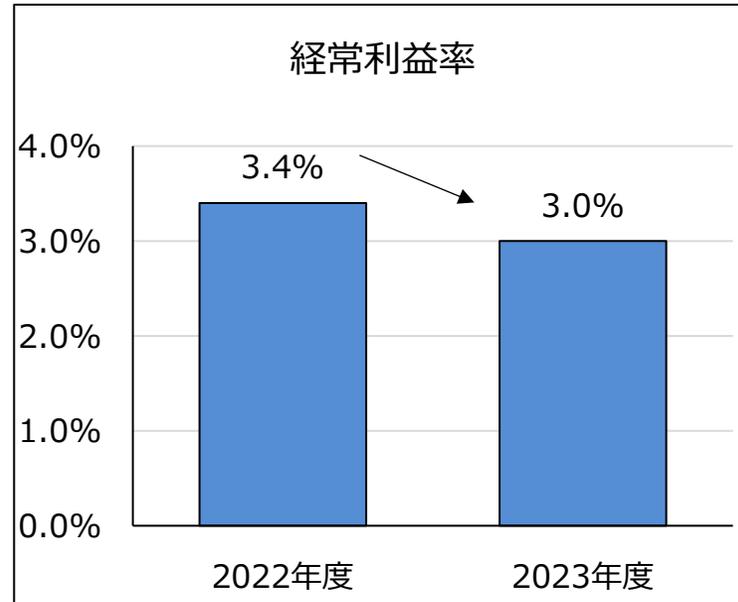
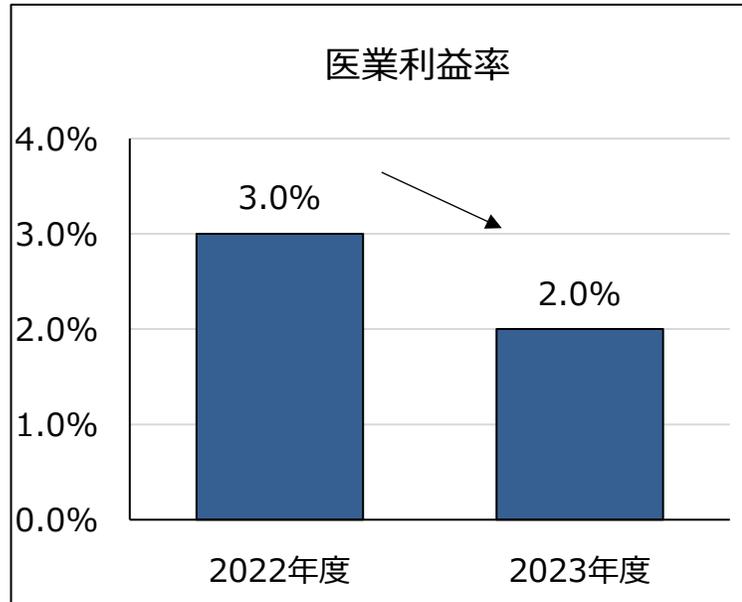
日医総研ワーキングペーパー「産科診療所の特別調査」より

2024年12月3日

日本産婦人科医会
日本医師会総合政策研究機構

医療法人の経営状況-利益率

- 分娩取扱いを行っている医療法人 n=191について、医業利益率は2022年度3.0%から2023年度2.0%に悪化。医業収益が前年度から微減したが医業費用が増加したことによる。
- 経常利益率は3.4%から3.0%に減少。補助金収益を除いた場合は、2.9%から2.5%に減少。



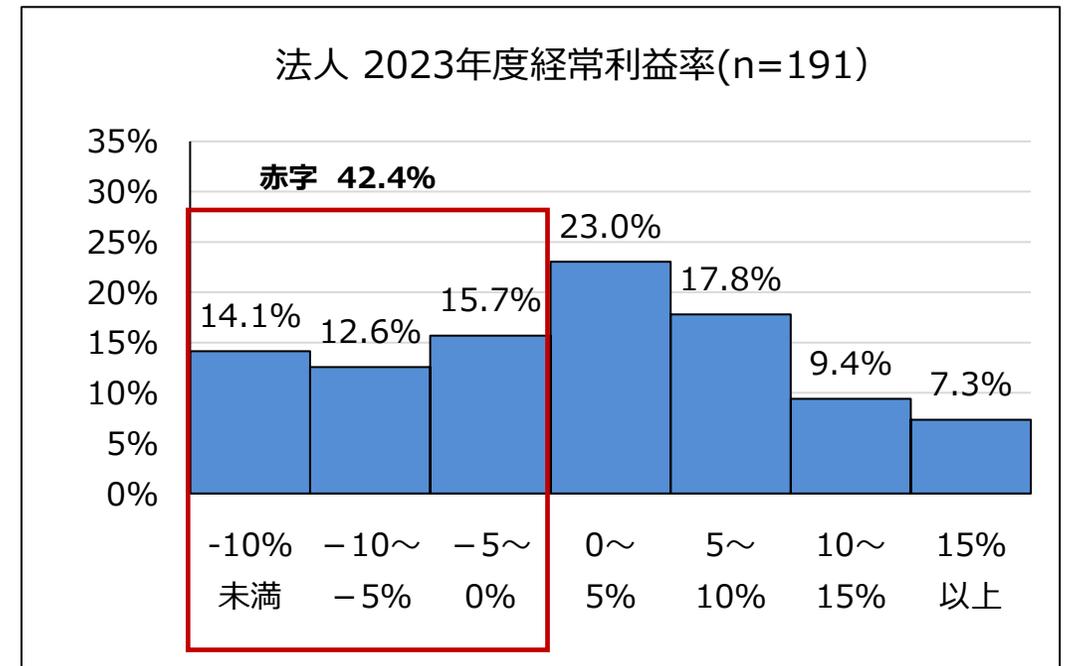
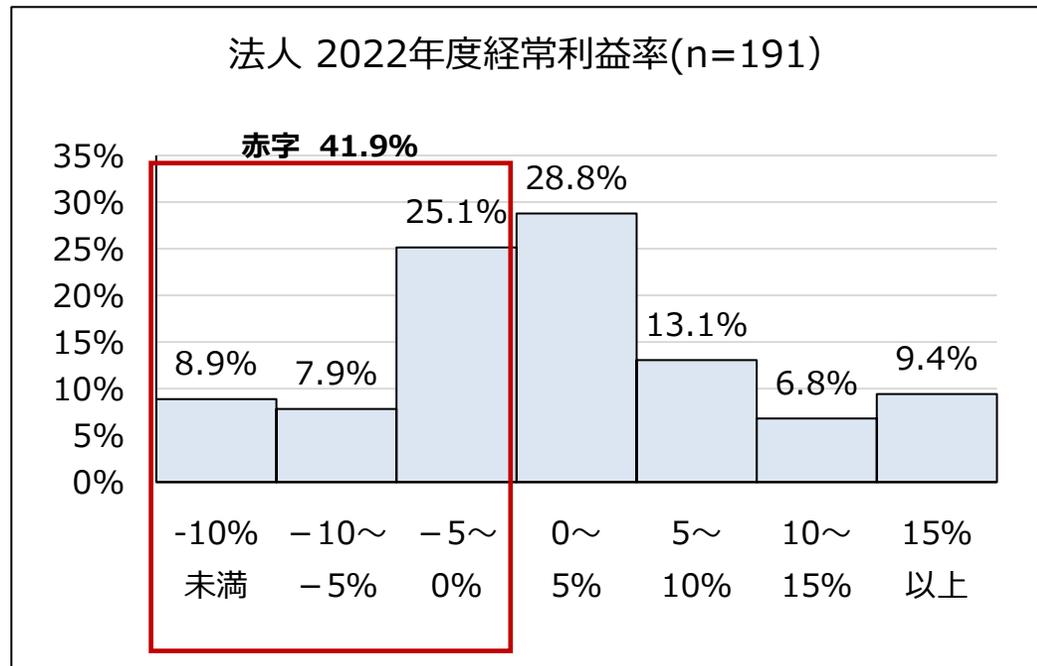
医業利益率: (医業収益 - 医業費用) / 医業収益

経常利益率: (医業収益 + 医業外収益 - 医業費用 - 医業外費用) / (医業収益 + 医業外収益)

補助金収益: 医療施設等施設設備費補助金等の他、新型コロナウイルス感染症、物価高騰関連の補助金を含む。

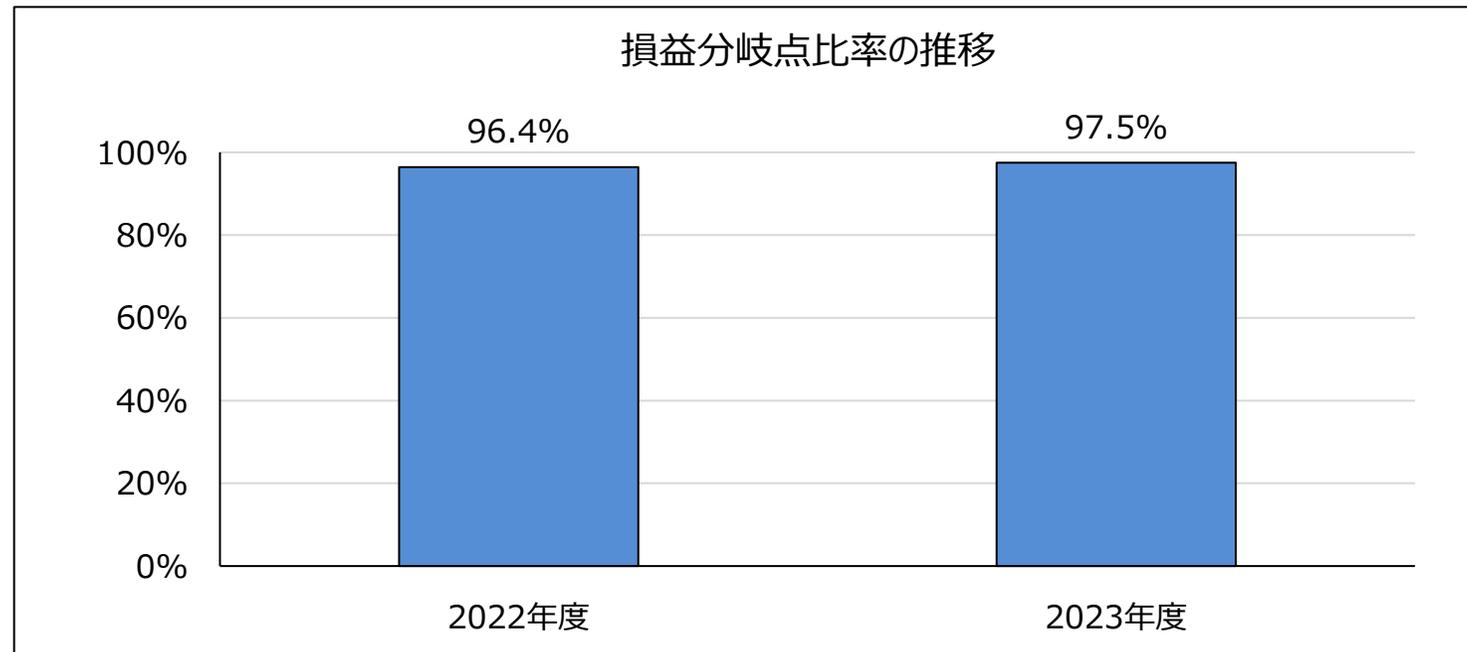
経常利益率の分布

- 経常利益率の分布を見ると、2022年度は0%未満の赤字施設が41.9%を占め、2023年度は42.4%であり、厳しい経営状況である。また、2022年度から2023年度にかけて、赤字施設の割合が増加している。



損益分岐点比率の推移

- 損益分岐点比率は2022年度の96.4%から2023年度は97.5%に上昇。
- 産科診療所の経営状況の厳しさが示された。



病床利用率

回答施設（n=430）の届出病床数は平均14.9床であるが、回答日の入院患者数は平均7.0人で、入院患者数÷届出病床数から求める病床利用率は47.3%となり、低い状況であった。分布をみると20%台～40%台が46.0%で約半数を占めた。70%以上は20.9%で2割にとどまった。病床利用が低くても24時間対応の医療スタッフを維持する必要はあり、経営悪化につながっていると考えられる。

図表 2-41 病床利用率の分布 平均 47.3%（回答日の入院患者数÷届出病床数）

	総数	割合(%)	
0%	10	2.3	
10%未満	8	1.9	
10%台	26	6.0	
20%台	83	19.3	} 46.0%
30%台	66	15.3	
40%台	49	11.4	
50%台	64	14.9	
60%台	34	7.9	
70%台	31	7.2	} 20.9%
80%台	21	4.9	
90%台	3	0.7	
100%	35	8.1	
総数	430	100.0	

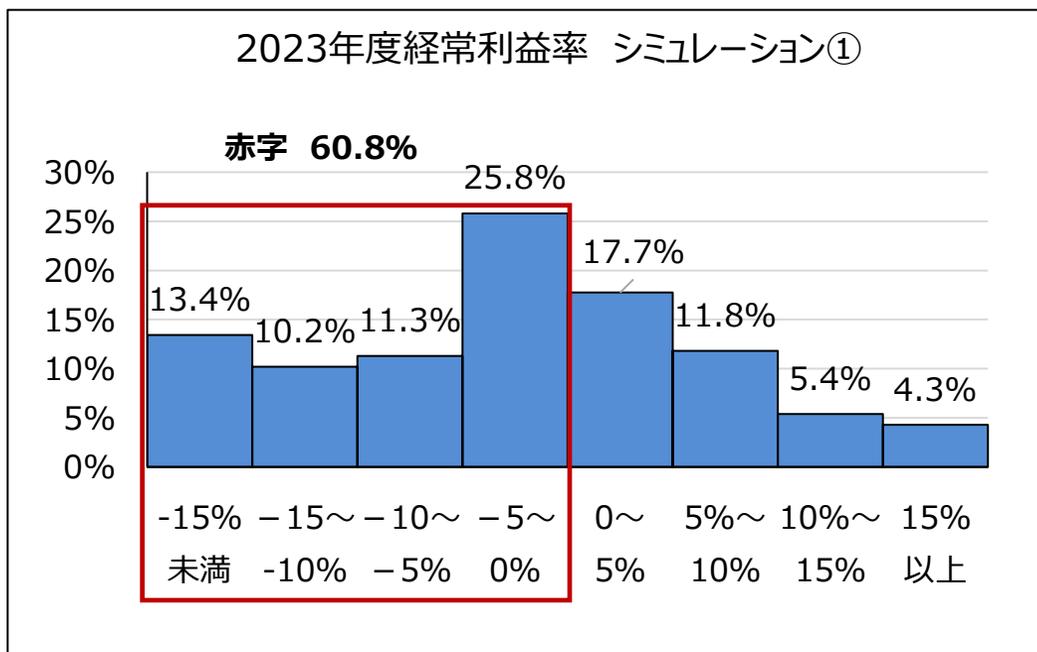
今後の課題

- 産科診療所の経営はもともと厳しいうえに、2023年度の利益率は前年度からさらに悪化し、赤字施設の割合は4割を超えていた。物価高騰等で医業費用が増加する都市部、人口減少が激しい地方部の両方で経営の悪化傾向が見られた。
- この状況が続くと医療スタッフの維持も困難となり、分娩取り扱いを止めざるを得ない施設が増える状況である。その場合、ローリスク分娩を地域の病院が担うことになり、医師の働き方改革が進むなかで、分娩を受け入れられない病院や地域が出てくること
が危惧される。
- 都道府県によっては産科診療所が7割の分娩を担っており、地域の身近な分娩施設の減少は、国の少子化対策と逆行する。地域の妊婦にとって最適な周産期医療体制の中で、産科診療所が妊産婦のかかりつけ医として安心・安全な分娩を継続できるよう、国からの全面的な支援を要望すべきである。

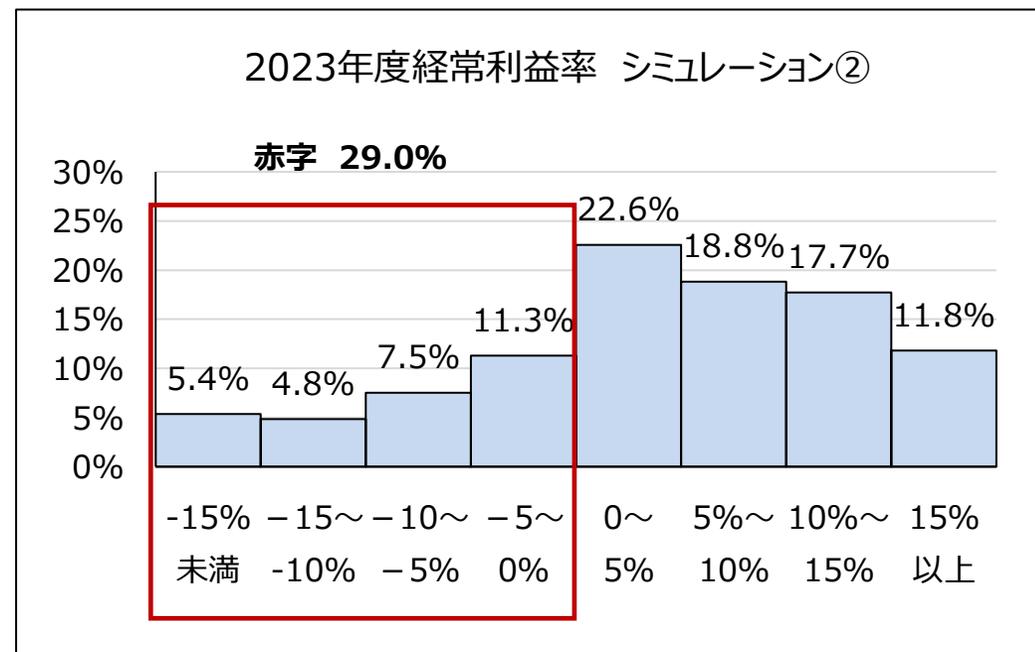
【参考】分娩料に係るシミュレーション

- 一定の仮定をおいて、分娩料が現在より一律に「50,000円減少」した場合のシミュレーションを行うと、赤字施設の割合が現在の42.4%から60.8%に上昇する。
- 分娩料が「50,000円増額」した場合は、赤字施設の割合は29.0%となる。

①現在より分娩料が50,000円減額 (n=186)



②現在より分娩料が50,000円増額 (n=186)



謝辞

ご多忙の中、本調査にご協力いただきました日本産婦人科医会会員の先生方、スタッフの皆様に心より御礼を申し上げます。

これまでの検討会における主な意見



◆正常分娩の保険適用の導入の是非について①

- 報道されている正常分娩の保険化の利点としては、妊産婦の経済的負担が減少し少子化対策となるということであるが、本当に減るのかどうか疑問である。
- 正常分娩が保険になじまない背景には、分娩は全て様子が異なり、分娩開始の様子も所要時間も様々であるということ。また、分娩過程の中に保険適用とならない医療行為が数多く含まれており、保険適用になった場合にどのように評価するのかということが分からないということ、そして、助産に関しては、今の入院基本料、特に有床診療所の入院基本料では賄えないだろうということがある。
- 過去の審議会等で丁寧な議論を積み重ねて現在の運営費の在り方が定められている歴史がある。これを少子化対策という名の下にあまりに拙速に制度変更することには反対である。妊婦の分娩時の費用負担を軽減することには非常に賛成だが、それには医療安全をしっかりと確保すること、そして、妊婦の産みやすい環境、特に近所でちゃんと産めるという環境が守られることが絶対条件である。

◆正常分娩の保険適用の導入の是非について②

- 保険収載するということは硬直した費用がはっきり定められて、そして、何かあったときには救済措置が行われるが、1年も2年もたってからようやく救済されるような形しか取れないので、それでは分娩施設が守れない。そういう意味で保険適用にはなじまない。
- 今後議論を行うに当たっては、見える化は極めて重要。その上で、保険適用範囲や負担の在り方、また、異常分娩の定義の明確化等、様々な論点について議論をして、さらには妊婦の方の経済的負担の軽減にいかにつなげていくかということが極めて重要である。
- 26年度を目途に保険適用の導入を含め出産と産前・産後の支援策のさらなる強化について検討を行うものであり、26年度から適用するということを決めているというわけではなく、その意味でも検討会で議論いただきたい。

◆周産期医療提供体制への保険適用を導入した場合の影響について①

- 出産の保険適用導入によって、産科医療機関が減少し、妊婦の産科医療機関選択の幅が狭まり、医療機関へのアクセスが悪くなる。さらに、日本の周産期医療の成績が悪化することも考えられ、産科を選択する若手医師が減少するだろうと思われる。
- 現在の産科の開業医のコストは崖っぷち。そういった中で、さらに分娩が減り、そして、さらに保険化という明らかに減収に導くような施策が行われると、産科の有床診療所は減少する。
- 正常分娩の保険適用化に伴い、一次施設が分娩の取扱いを短期間で中止し、行き場のなくなったローリスクの妊産婦が高次の施設に押し寄せてくるために、周産期医療センターでは病床の確保が困難になり、医師も働き方改革が足かせとなり離職につながり、結局、安全な周産期医療の継続が困難となり、崩壊していくのではないか。

◆周産期医療提供体制への保険適用を導入した場合の影響について②

➤ 緩徐な集約化、第8次医療計画の中でも言われているような集約化・重点化は恐らく避けては通れないと考えるが、急速な分娩取扱施設の減少、医療崩壊につながりかねないような拙速な分娩費用の保険適用化ということになるならば、到底受け入れることはできない。

➤ 現状のままであれば重点化は避けて通れない。恐らく今の小規模な施設では、このままいくと、保険化されなくても経営は成り立たなくなる。我が町で産める環境を残してほしいというのであれば、こういった小規模施設に対して公的資金の導入は避けて通れないのではないか。 保険財源は限界があるので、それ以外の財源を利用するしかないと思う。

◆出産費用が保険適用された場合に期待すること

➤ 自己負担額が少しでも減るというのを一番望んでいる。これから先、保育料だったり、いろんなところにお金が無限にかかってくるので、出産費用が少しでも減って、別のところに子供のためにお金を使えたらいいと思う。 保険適用外だったことや今までの経緯、 出産や妊娠が病気ではないことは分かっているが、それでも出産や妊娠は後押しされていいことなのではないかと思う。

➤ 何に幾ら費用がかかっているのかを透明化した上で取捨選択できるようにする。 妊婦が、ニーズ、受けたいサービスによって物を選ぶことができる。選んだ中で保険適用になるのかならないのか、そういったところをまず見える化するところが一番重要。

➤ 保険適用されると、レベルが一致しプラスアルファのところは持ち出しで、サービスとして受けることができる選択のメニューが考えやすくなるのではないか。

◆出産費用が保険適用された場合に心配なこと

- 分娩の差別化というか、保険適用することによって今まで受けられていた医療が変わったりしないのか。
- 少子化で生まれてくるこどもの数が減っている中で、1人当たりの単価を上げることでしか病院経営は成り立たないと思うと、保険適用しても、従来受けていた、それこそ無痛分娩ができるかできないかだったり、そもそも分娩自体を取り扱うか、病院が分娩をやめたらどうしよう、選択肢が減ったらどうしようといった不安がある。
- 費用の負担を減らしてほしいというのが意向なので、一概に保険適用すればいいというものでもない。

◆出産費用の保険適用に向けた検討

- 「産科医・分娩機関の維持」については、分娩施設の体制維持・確保、並びに産科医の確保、地域偏在の解消等は、出産費用の保険適用の目的にはならないのではないか。 周産期医療体制の整備は国のインフラ整備に関わる問題であって、出産費用の保険適用とは切り離して、別途解決策を考えるべき。
- 「給付と負担の関係・バランスの整理」「見える化」について、まず既存の医療保険制度との関係をどう見るか、現在の出産育児一時金との関係をどう考えるか、被保険者・加入者における保険料負担への納得感をどう考えるか、これらの観点での議論を踏まえて、妊婦の経済的負担の軽減と制度の安定的な運営、この両立をどう図っていくのかが重要なポイントではないか。
- 被保険者、それから加入者における保険料負担への納得感というのは非常に重要。出産費用だけでなく、妊娠時や産後の支援においても実態の把握を行い、見える化をした上で、費用負担とのバランスの観点からも検討が必要ではないか。

今後の検討にあたって



保険適用化に関する論点

○ これまで、正常分娩は「疾病」という扱いではないことから、「出産育児一時金等」という形で、保険給付を行ってきたが、正常分娩を保険診療の対象とすることを検討する目的は、

- ・ 少子化対策なのか？
- ・ 増加する出産費用(妊婦負担額)を抑制する目的なのか？

○ 出産の費用を保険診療の対象とした場合、医療機関は将来にわたって、これまで同様の質を担保しつつ、医療提供体制をはじめとする妊産婦の様々なニーズに応えることが可能なのか？

本資料において、検討会での主な意見を紹介したが、出産費用の保険適用に関しては、それぞれの立場により、「保険適用」の理解が様々であるという印象を得た。

出産に係る費用を保険適用とすることで、どのような変化が生じるのか、これまでの検討会でのヒアリングを踏まえ、厚生労働省において、大筋のビジョンを示していただきたい。

その後、具体的な議論を行うにあたっては、各地域において、全ての妊産婦が享受できるように十分な分娩提供体制を確保しつつ、各分娩施設において、安心・安全な分娩環境が備えられることを念頭に、あらゆる可能性を排除せずに、1つ1つの課題について、十分時間をかけて、丁寧に議論する必要がある。



ご清聴ありがとうございました。