

「正常分娩」の保険化に対する日本産婦人科医会の考え方

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資料

2024.8.1

公益社団法人 日本産婦人科医会

副会長 前田津紀夫



「正常分娩」 の保険化につ いて

少子化対策の一環として行わ
れると理解されている。

分娩費の保険化はなんのために行われるのか？

少子化対策の一環として行われる

妊婦の分娩時の費用負担軽減のため

現在までのメディアの報道はそのような内容であった

しかし保険化で妊婦の負担軽減は本当に実現するのか？

分娩にかかる費用

現状：分娩費に対して出産育児一時金（50万円）が支払われる。

この出産育児一時金は保険財源から給付されている。

保険化された場合（療養の給付として現行に準じた給付の場合）：分娩費の7割を健康保険財源から給付、残り3割の自己負担が発生（政府は患者負担はゼロにすると表明している）。

出産育児一時金は現状維持なのか減額・廃止の予定なのか（明らかにされていない）。

同じ保険財源から分娩費も給付し、出産育児一時金も給付することは考えにくい。

少なくとも、出産育児一時金が従来額で満額給付されることは考えにくい。

この部分の公表がない限り分娩費の保険化は少子化対策になるかどうか不透明である。

報道されている「正常分娩」の保険化の「利点」

・ 現在報道されたり考えられている「正常分娩」の保険化の利点

(1) 分娩における妊婦の経済的負担が減少し、少子化対策となる

はたして妊婦の経済的負担は減るのだろうか？

給付が保険財源から行われる限り同じ財源から給付される出産育児一時金の減額または廃止が予想され、妊婦の負担減少にはつながらない。

この施策が少子化対策になるのか、甚だ疑問である。

(2) 全国一律のサービスが定額で保証される

医療機関の減収につながる施策であるのでサービスの低下、医療安全への投資の減少が起こることを懸念。

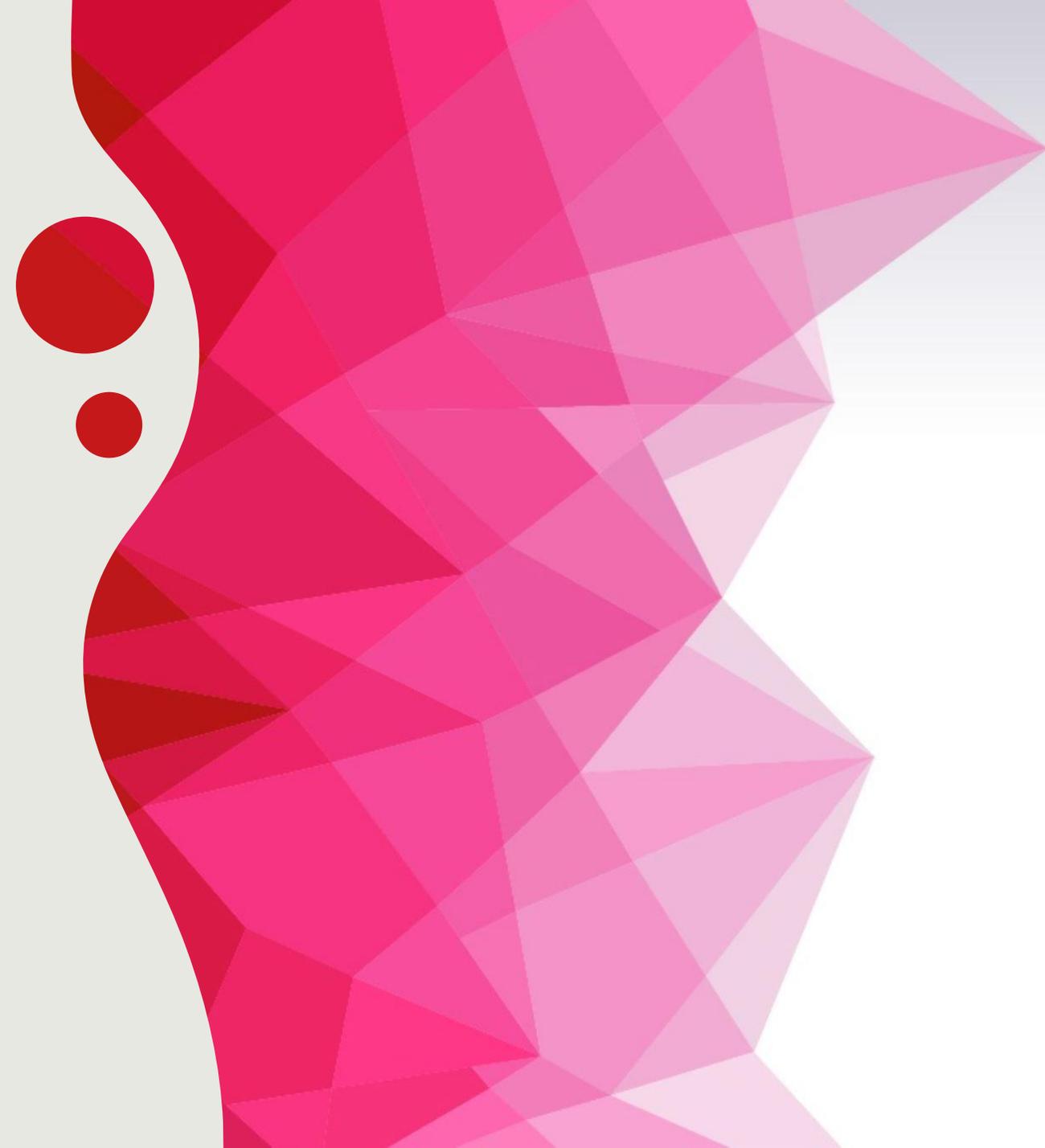
(3) 分娩費の上昇を抑制できる

ほとんどの医療機関において経営のための適切な分娩費用が定められている。

これを抑制するという事は、産科医療機関の分娩からの撤退につながる。

日本産婦人科医会が考える 「正常分娩」保険化の問題点

- 分娩費が保険化されたら（されても）
 - (1) 妊婦の経済的負担は減少しない。現状とそれほど変わらない。
 - (2) 多くの産科医療機関は減収となる。
 - (3) 産科医療機関はサービスや医療安全にかかる費用を削らざるをえない。
 - (4) 産科医療機関が減少する。
 - (5) 妊婦の産科医療機関選択の幅が狭まる。医療機関へのアクセスも悪くなる。
 - (6) 世界に誇る日本の周産期医療の成績が悪化する。
 - (7) 「産科」を選択する若手医師の減少につながる。



「正常分娩」 とは

妊娠期間中に正常経過していた妊婦が、分娩中も正常に進行し、結果的に正常に分娩に至ること。

「正常分娩」の開始

・陣痛発来による入院

・前期破水による入院...破水は分娩が進行して、子宮口が全開大した後に起こるのが一般的と考えられているが、分娩の1/3程度（自院の統計より）は陣痛発来前の破水から始まる。

妊婦が破水感を訴えて来院した際に破水の診断は大変重要

妊婦が「陣痛」を訴えて来院した際も入院の適否を決める判断は大変重要

このような重要な判断が365日24時間行われている

「正常分娩」への道

- ・ハイリスク妊婦が正常分娩となることもある。
 - ・ローリスク妊婦が異常分娩（緊急帝王切開術、吸引・鉗子分娩）となることもある。
- ・分娩が開始すると、医療者はすべての妊婦をより安全な帰結に導くよう絶えず監視を行っている。
- (1) 児の監視...分娩監視装置（胎児心拍数パターンの監視）
 - (2) 母体（妊婦）の監視...血圧等バイタルサイン・精神状態・意識レベル・出血量・感染

前期破水の場合の対応

早産の時期（妊娠37週未満）の場合

- ・ 児が胎外生活が可能かどうか見極めながら陣痛発来を抑制するかどうか（施設によってはNICUのある施設に母体搬送を行うかどうか）を決定する。
- ・ 胎内の羊水量、感染徴候も確認する。

満期産の時期（妊娠37週以降）の場合

- ・ 自然陣発を待つべきか、早期介入し陣痛の発来を促すかを慎重に決定する。

いずれの場合にも感染徴候や胎児のwell being（健康な状態であるかどうか）を見極めながら分娩方式を（経膣分娩か帝王切開か）決定する。

陣痛発来から分娩が始まった場合の対応

有効陣痛、微弱陣痛、前駆陣痛の鑑別

前駆陣痛（規則的に子宮収縮は発来するが分娩の進行が見られない）

微弱陣痛（分娩の進行は見られるが緩徐であり、有効な分娩進行が見られない）

回旋異常が見られないか

分娩時に児頭は回旋（児頭が回転しながら下降する現象）しながら娩出されますが、正常な回旋が起こらないことを回旋異常と呼びます。回旋異常が起こると児の下降が妨げられ、経膈分娩が出来なくなることがあります。

胎児のwell beingが保たれているか

well being（健康な状態であること）

母児に感染徴候が見られていないか

母体に異常が見られていないか

胎児心拍モニタリングとは

- ・ **分娩監視装置**を使用して陣痛が発来した妊婦に行う。
 - ・ 陣痛が発来した妊婦には基本的にすべて行う（フルモニタリング）。
- （特に陣痛促進薬を使用中の妊婦、分娩Ⅱ期の妊婦、ハイリスクな妊婦）
- ・ 主として胎児の低酸素血症（hypoxemia）、酸血症（acidosis）を監視し、*胎児機能不全を早期発見することが目的である。予防的な考え方であるため現在は保険適用となっていない。
 - ・ 胎児機能不全となれば、正常分娩予定であった妊婦も緊急帝王切開術、鉗子・吸引分娩等の異常分娩に切り替える。胎児機能不全への変化は緩徐に始まる場合と突然発症する場合がある。
 - ・ 突然発症した場合には分娩方法を緊急に**急速遂娩に切り替えなければならない。

胎児機能不全とは

- ・妊娠中あるいは分娩中に胎児の状態を評価する臨床検査において「正常ではない所見」が存在し、胎児が健康であることに確認がもてない場合（産科婦人科用語集より）。
- ・分娩時には主として胎児心拍モニタリングにて胎児機能不全の診断をし、された場合には急速遂娩を行う。
- ・急速遂娩とは胎児や母体の状態の悪化、あるいは分娩進行の不具合等により、速やかに児の娩出が望まれる場合の娩出術。帝王切開術や鉗子分娩術、吸引分娩術がある。

急速遂娩（異常分娩）に切り替える異常

- ・ 母体合併症の悪化、出現
 - ・ 子癇、妊娠高血圧症
 - ・ 出血（常位胎盤早期剥離など）
 - ・ 感染・発熱等
 - ・ 脳血管障害
- ・ 分娩進行の障害
 - ・ 回旋異常による分娩停止
 - ・ 軟産道強靱
 - ・ 児頭骨盤不均衡
- ・ 母体の疲労、自制困難
- ・ 胎児機能不全

急速遂娩（異常分娩）に切り替える準備

- ・ 妊婦や胎児の状態の悪化はいつ起こりうるかわからない。
このため厳重な監視と予備の人材の配置が行われている。
- ・ 常時、手術室が使用出来るようシミュレーション研修が行われている。
- ・ 日本母体救命システム普及協議会の開催するJ-MELS教育コースの受講等。
- ・ 母体の緊急時には母体搬送のシステムが機能するよう常時病診連携が行われている。

陣痛促進薬を使用する分娩

- ・「陣痛促進」と「陣痛誘発」がある。
- ・陣痛発来後に、分娩進行が緩徐な場合に陣痛促進薬を使用する場合を「陣痛促進」と呼ぶ。
- ・陣痛が未発来の妊婦に陣痛促進薬を使用して陣痛を起こすことを「陣痛誘発」と呼ぶ。
- ・「陣痛誘発」は医学的適応、妊婦の希望（社会的適応）で行われる
 - *麻酔科医が24時間対応出来ない場合の無痛分娩等で行われることもある。
- ・健康保険上、陣痛促進薬の使用を正常分娩と扱うか異常分娩と扱うかは基本的に医学的必要性で判断される。
- ・陣痛促進薬を使用しても、分娩については「正常分娩」であれば、現在は保険適用外である。

「異常分娩」とは

- ・帝王切開術（選択的帝王切開：予定を決めて行う帝王切開、緊急帝王切開）
- ・鉗子・吸引分娩術（主として分娩Ⅱ期に行われる急速遂娩術）
- ・骨盤位牽出術

健康保険上はこれらを異常分娩として取扱い、保険給付の対象となっている。

異常分娩に切り替えるまでの時間（医療・助産）は保険の対象とならない。

現行ではこれらを「分娩介助料」の中を含め、自費徴収している。

胎児娩出時の医療行為

- ・血管確保...緊急時に迅速に薬剤の静脈内投与が可能なように、留置針により血管を確保する行為（分娩時にリスクが高まるため児の娩出の少し前から行うことが多い）
- ・会陰切開...児頭が狭い会陰部から娩出される際に切開を入れて会陰部を人工的に広げる施術
 - ・胎児の娩出直前の低酸素血症を軽減するためや、会陰の高度な損傷を予防するため行われる
 - ・会陰切開を行わずに分娩を行う施設もある一定数存在する
（現在は会陰切開を行わない行為に保険上の評価は設けられていない）
- ・会陰裂創縫合術...高度なものは裂創が肛門や直腸粘膜、膣円蓋に及ぶ

会陰切開や会陰裂創の保険点数は定められているが、保険請求はルーチンには行わないルールとなっている。

胎盤娩出時周辺の医療行為

- ・ 胎盤の娩出...医師または助産師が行う
 - ・ 胎盤娩出が順調でない場合には胎盤用手剥離術を行う（医師による）。
 - ・ 妊婦の高年齢化、高度不妊治療の増加に伴い
癒着胎盤（胎盤が適時に子宮から剥離しない）が増加している。
- ・ 血液ガス分析...臍帯動脈から血液採取を行う
（産科医療補償制度の発足以後行うことが基本となった）
- ・ 胎盤の病理学的検査...産科医療補償制度の対象となる場合に病理検査の結果が求められる
分娩時の児の血液ガス分析、胎盤の病理検査は基本的に保険適用ではない。

新生児に対する医学的処置

- ・ 新生児蘇生... 新生児仮死の場合に医師にも助産師にも新生児蘇生が求められる。
 - ・ 周産期・新生児医学会が主催するNCPR*の講習を全職員（医師・看護職員）が受講することが求められている（産科医療補償制度・産婦人科診療ガイドライン）
- ・ 出生児の血液の酸素飽和度（SpO₂）の測定を行う。
- ・ 血液ガス分析... 前述
- ・ 早期母子接触... 新生児の慎重な監視が求められる
- ・ 自院で対応出来ない児の異常が発生した場合に直ちに小児集中治療室のある施設へ児を搬送する体制づくり。
- ・ 新生児聴覚スクリーニング、先天代謝異常の検査、黄疸の検査、血糖の検査等
- ・ ビタミンKの投与。

* NCPR... 新生児蘇生法

産褥における医療者の役割

- ・ 産後のメンタルヘルスケア（精神科医療・行政との連携）。
- ・ 産褥婦の子宮復古や悪露（出産後子宮が元の状態に戻る際に出る分泌液の総称）の確認。
- ・ 分娩時の創傷治癒の確認。
- ・ 貧血の確認。
- ・ 血圧や尿検査等。
- ・ 乳房の確認。

- ・ 産婦健診・産後ケア（事業化されて公費で行われている部分もある）

「正常分娩」はすべての時期を通じて医師と看護職員（助産師・看護師等）の協働で行われている

- ・ 医師は医療行為を行う。助産師は助産行為を行う。
看護師は医師または助産師の指示監督の下で助産の補助を行う。
- ・ 陣痛の発来（あるいは前期破水）から分娩に至るまで
助産師・看護師は妊婦に寄り添い、心身の援助を行う。
- ・ 助産師・看護師は分娩監視装置の胎児心拍パターンを理解し、異常発生時には
ガイドラインに沿った医師への報告・伝達を行う。
- ・ 分娩時はそれぞれの職種・資格に応じた役割を果たす。
- ・ 産後には育児支援、授乳支援、乳房管理、メンタルヘルスケアなど
医師と共に看護職員の果たす役割は大変大きい。

「正常分娩」が保険になじまない背景

- ・ 分娩はすべて様子が異なり、分娩開始の様子も異なり、所要時間も様々である。
- ・ 分娩の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る。
産婦人科診療ガイドラインや産科医療補償制度で要求されるものが多い。
多くの医療機関で持ち出しとなっている。
「分娩料」、「分娩介助料」に転嫁せざるをえない。
- ・ 助産については入院基本料で評価されると過小評価につながりかねない。

「正常分娩」
の保険化で医
療機関は本当
に減少するの
か？

少子化の加速によって産科有床診療所がどの程度減収となっているのか？ (2022年-2023年)

2022年→2023年 全国の総分娩数が40579件減少

産科有床診療所での分娩が両年とも全体の47%であることから

産科有床診療所の分娩が19072件が減少

全国平均の分娩費 482294円

2023年の産科有床診療所数 1090施設

産科有床診療所 1施設あたり844万円/年 減収したことになる

この数値はあくまで平均値。分娩数の多い施設ほど減収が大きい

(数値は日本産婦人科医会・施設情報調査より)

現在の日本の周産期医療は収益的には崖っぷちである

（産科は以前に言われていたようなドル箱ではない）

- ・産科有床診療所

①そもそも仕事がかたい（肉体的・精神的）のでやり手がない。
多くの施設が分娩からの撤退を考えている。

②少子化により減収が著しい。

- ・周産期センター

①「働き方改革」による人件費の増加

②厳しい施設基準のため加算（MFICU等）の取得が困難な地域

「正常分娩」保険化は産科医療機関の減少に拍車をかける施策である

昔の産科開業医と現在の産科開業医 コストとして何が違うのか

- ・ 看護職員

医療安全や妊婦への様々な医療・助産サービスの提供に配慮した十分な人員配置。

働き方改革。被雇用者の労働環境の改善。

有資格者の雇用。ひとりあたりの人件費の上昇。 → **人件費総額の著しい上昇**

- ・ 建物

初期設備投資の高騰（土地代、建築費の高騰）（特に大都市圏）。

開業時に10億円近い借り入れを行うケースも稀ではない。

- ・ 医療機器

分娩監視装置（数台）、超音波診断装置、麻酔器、無停電装置等。その維持費。

多くは過去には不要であった。

- ・ 上記のような固定費が無視出来ない高額となり経営を圧迫している。

産科有床診療所の経営状況 日医総研調べより一部抜粋

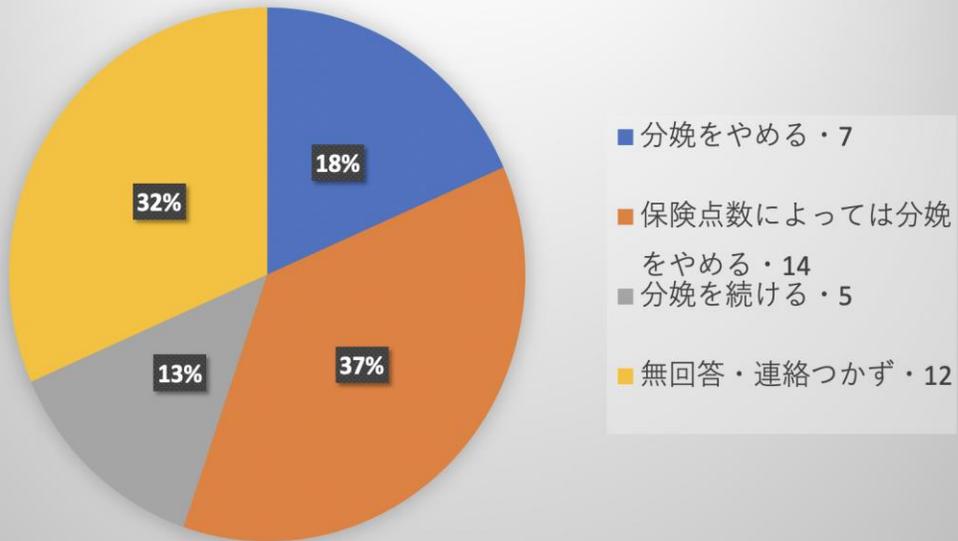
- **「有床診療所の現状調査」** 全国有床診療所連絡協議会会員を対象に2年毎に実施
 - 産科有床診療所（法人）（2021、22年度の比較（n=36,32））
- **中医協「第24回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告**（2021、22年度の比較）
 - 一般診療所（医療法人）の入院収益ありの回答数が115、うち産婦人科31施設
- 経常利益率は6.5%から2.1%に減少
- コロナ補助金の収益を除いた経常利益率は5.6%から1.4%に減少
- 医業外収益、医業外費用を含まない医業利益率は5.5%から0.4%に大幅に減少
- 収益は対前年度比で3.7%減少、うち入院収益は6.3%減少
- 入院患者数は-4.9%（全体は-3%）
- 費用は1.5%増加、委託費が7.0%、水道光熱費は16.5%増加
- 2022年度の産科有床診療所のうち、経常利益が赤字の施設割合は約3割
- 損益分岐比率は上昇傾向（2022年度は99.5まで上昇、一般に90%を超えると危険水域）

- **経常利益率、医業利益率減少**
- 損益分岐比率は上昇傾向（2022年度は99.5まで上昇、一般に90%を超えると危険水域）
 - **入院収益の大幅な減少と費用の増加が、経営を直撃**
 - **コロナ補助金と新型コロナに関する診療報酬上の特例が外れ悪化が予想**

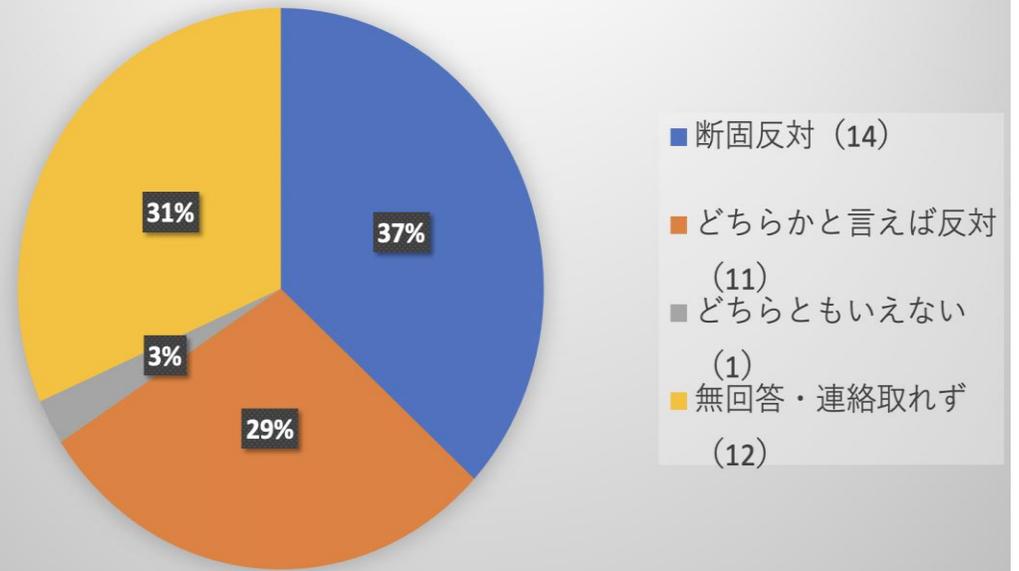
静岡県産科有床診療所むけのアンケート

2023.8.22実施（全38施設のうち26施設が回答）

分娩費が保険化になったら分娩を続けますか？
静岡県産科開業医への聞き取り（2023.8.22）



分娩費の保険化をどう思いますか？
静岡県産科開業医への聞き取り（2023.8.22）



静岡県内のアンケート調査の結果

(2023.8.22 静岡県産科有床診療所38施設が対象)

静岡県では産科有床診療所の66%が分娩費の保険化に反対している。

また、**本当に保険化されたら18%が分娩をやめる、37%が点数によっては分娩をやめると答えている。**

大阪府保険医協会の同様のアンケート（ネット上で公開中）

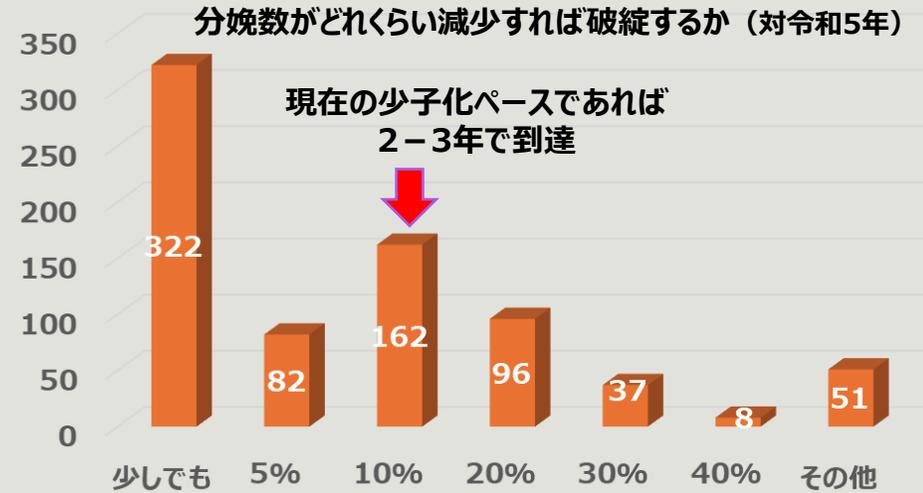
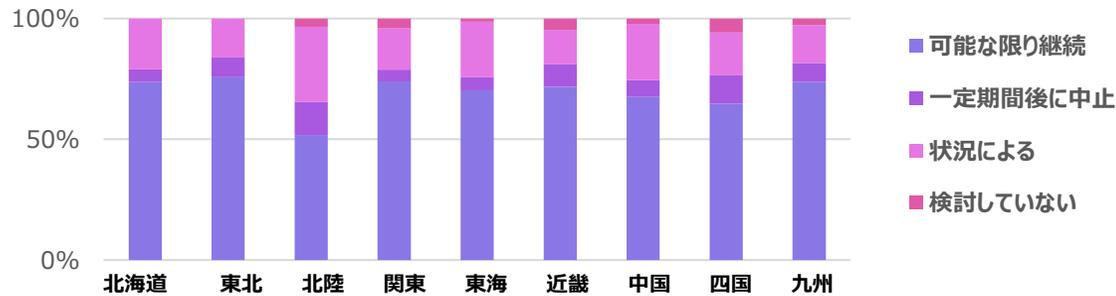
（大阪府下125分娩医療機関にアンケートを送付79件の回答）

現在の出産育児一時金相当の保険点数で保険化された場合に、

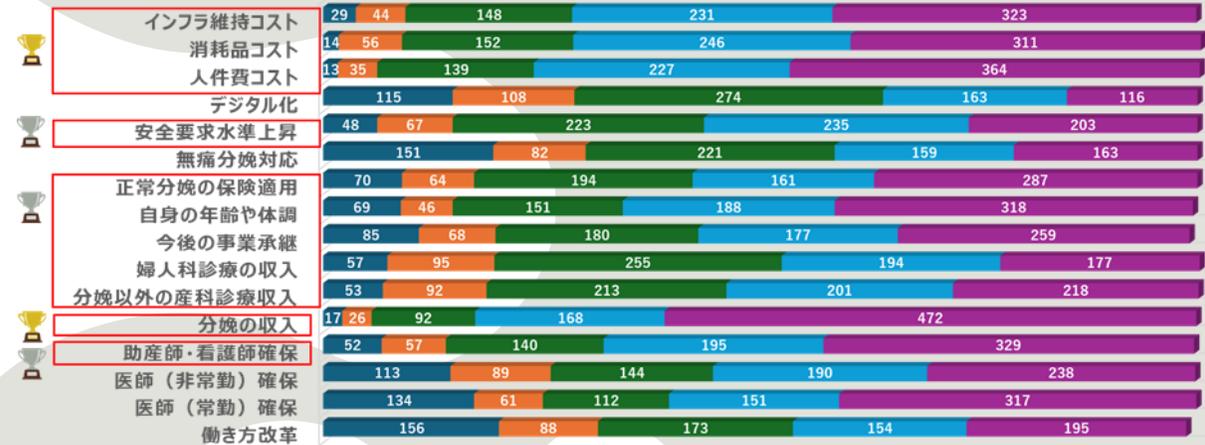
有床診療所・産科病院の68.4%、総合病院の35%が分娩を継続出来ないと答えた。

地域の分娩取扱施設は分娩数の減少、コスト上昇、医師高齢化によりすでに限界分娩をやめる施設が数年以内に急増する懸念が大

今後の分娩取扱の継続見込（全国）			分娩取扱を中止する時期	
有効回答数	763		有効回答数	84
可能な限り継続	540	71.1%	可能な限り早く	4
一定期間後に中止	53	7.0%	約1～2年以内	18
状況による	140	18.4%	約3～5年以内	13
検討していない	24	3.2%	約5～10年以内	10
その他	6	0.8%	約10年後	3
			未定	30

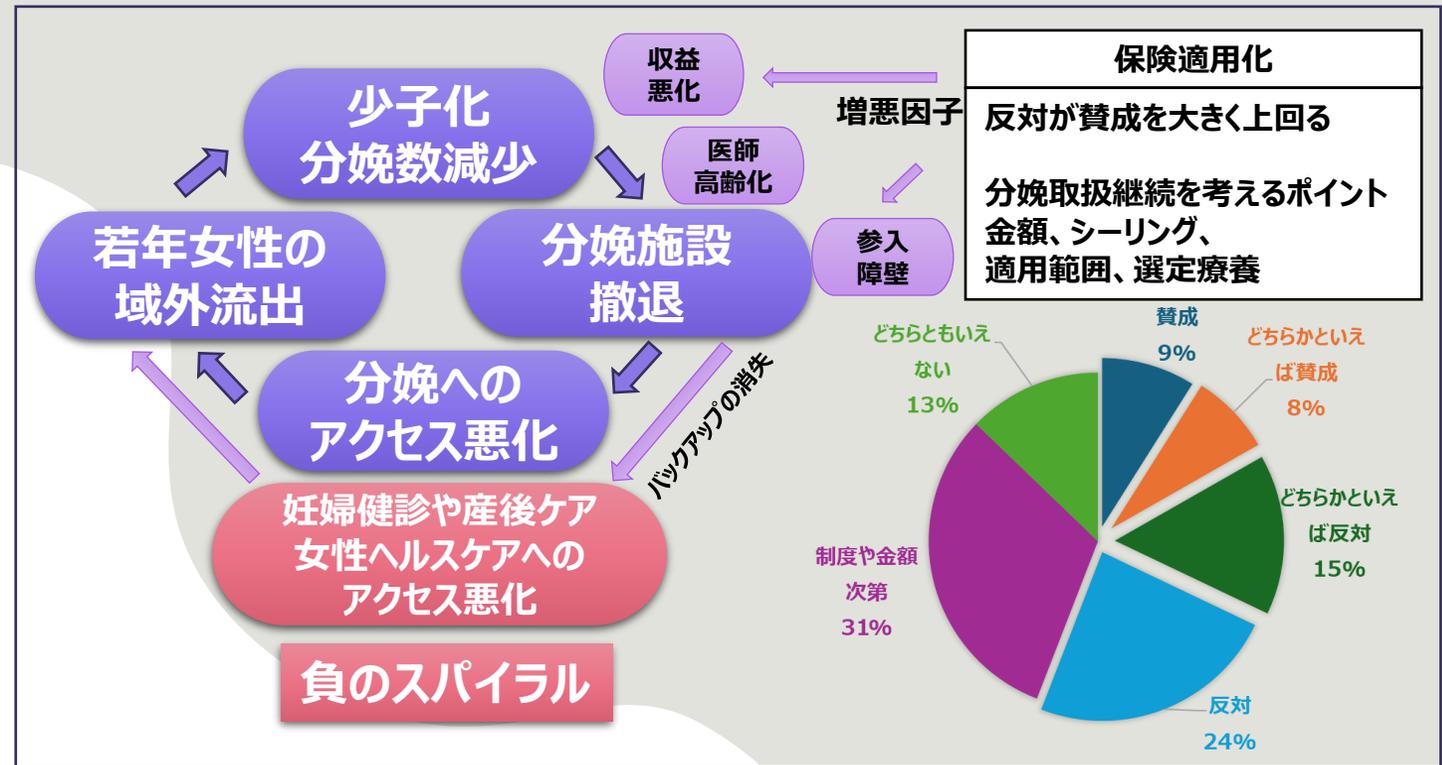
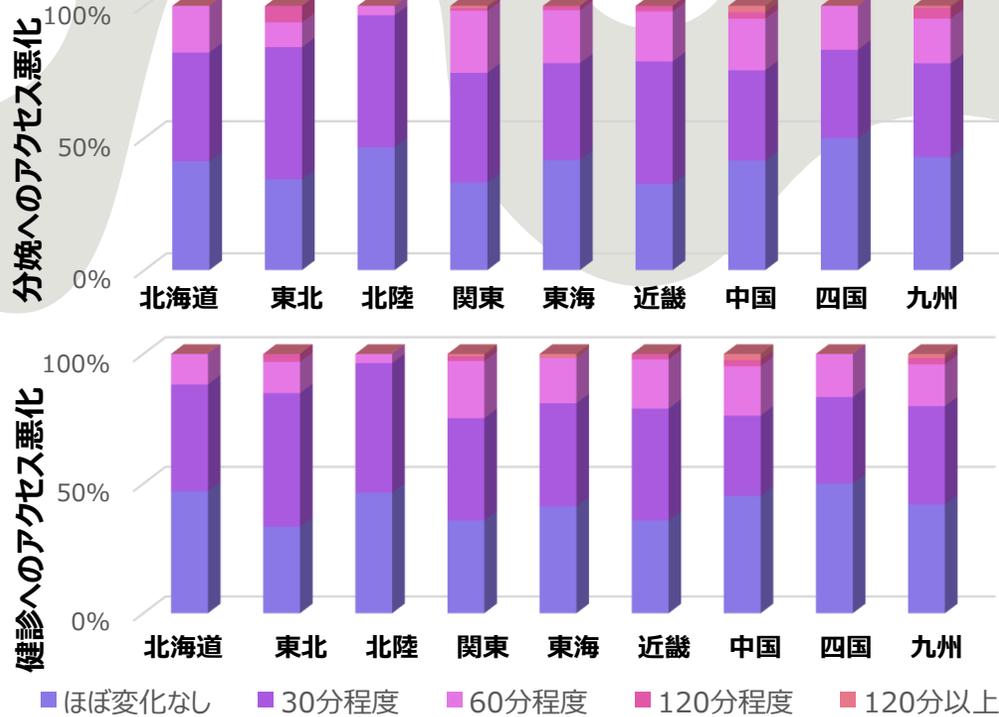


分娩取扱の継続に影響を与える要因



- 分娩の半数近くを担う有床診療所は毎年約3 – 5%減少
- 1割弱の施設が具体的に中止を決定、2割弱の施設が状況により中止
- 7割以上の施設が分娩数が1割減少すると継続困難（2-3年で到達）
- 分娩取扱継続の判断に重要なのは分娩収入とコスト
 - 次いで分娩以外の収入、スタッフ確保、年齢や体調、安全要求水準上昇、保険適用、事業承継
- 分娩を取扱う年齢の目安は65 – 72歳までが半数（5-10年で到達）

分娩取扱施設が分娩をやめた場合に集約化を強いられるのは分娩だけにとどまらない



- 現在分娩を取扱う施設が取扱を中止した場合
 - 分娩へのアクセスが60分程度ないしそれ以上悪化する施設が2割以上
 - 有床診として入院診療を続けるのは2割、無床化は3割、閉院や売却を考えている施設が2割
 - 中止後も分娩以外の妊娠に関連する診療を行うことを考えているのは6割
- 分娩を取扱わない施設では
 - 妊婦健診や妊娠12週以降の産科関連診療を行うのは6割、産後ケアを行うのは1割
 - 妊婦健診や分娩以外の産科診療を行わない理由は、近くに分娩取扱施設がないことや夜間緊急時対応困難

「正常分娩」
の保険化で生
ずる現実的な
疑念



「正常分娩」が保険化された場合に生じる疑念

すべての疑念を記載することは不可能であるので、会員から寄せられている代表的な疑念についてのみ言及する。

「正常分娩」が保険化された場合に生じる疑念（1）

「正常分娩」の範囲をどの部分に設定するのか？

保険適用の範囲を分娩時のみとするのか、陣発から分娩までとするのか、陣発から胎盤娩出までとするのか。

現行：

異常分娩時に、保険が適用されるのは産科手術の手技、投薬、麻酔等に対してのみであり、それ以外の医療、助産、看護は「分娩介助料」に含んで請求されることが多い。

疑念：

もし「正常分娩」の保険適用の範囲が陣痛発来（破水）から分娩までとされた場合に、逆に異常分娩時に「分娩介助料」の概念は保険化されるのか、現行のままなのか？

「正常分娩」が保険化された場合に生じる疑念（2） 入院基本料の扱いはどうなるのか

現行：有床診療所入院基本料は一番高い施設基準で932点、病院の場合急性期入院基本料の一番安い施設基準で1404点である。

疑念：「正常分娩」が保険化された場合にこの有床診療所の入院基本料では、産科有床診療所は病気ではない産婦に適切なアメニティを提供することは不可能。
(現在は保険適用の入院料が異常分娩に限定されているため、全体に対する割合も少なく、事実上泣き寝入りをしている状態である)

産科施設の工夫は「フランス料理」、「お祝い膳」、「エステ」のみではなく、健康な病気でない産婦にふさわしい病室環境を提供している。

「正常分娩」が保険化された場合に生じる疑念（3）

正常新生児の扱いはどうなるのか

現行：

- ①児は母の付属物として扱われ「新生児保育管理料」として費用が徴収されている（保険適用外）。
- ②児に疾病が生じた際は健康保険の適用となり入院料が保険で算定される。

疑念：母の入院が保険の適用となった場合、正常新生児もひとりの患者として保険入院となるのか？（現行では異常分娩の場合児は母の付属物として扱われ「新生児保育管理料」として費用が徴収されている。）

もし児がひとりの患者として扱われた場合に、多くの施設でオーバーベッドの問題が生じる。

まとめ



「正常分娩」の保険化に対し日本産婦人科医会の意見

- ・ 過去に審議会等で丁寧な議論を積み重ね、現在の分娩費のあり方が定められた歴史がある。これを「少子化対策」と言う美名の下にあまりに拙速に制度変更することには反対の意を表したい。
- ・ 妊婦の分娩時の費用負担を軽減することには賛成であるが、それには医療安全や妊婦の産みやすい環境が守られる事が絶対条件である。
- ・ この意味において、現在の保険化の議論は本当に妊婦のためになるのかどうか、大いなる疑念を禁じ得ない。
- ・ 長い間、周産期医療に携わってきた医師、助産師、看護師、メディカルスタッフ、行政の方々の努力で達成された日本の周産期医療の誇るべき成績を崩すことのないよう丁寧な議論をお願いしたい。