

令和5年4月27日

加藤勝信厚生労働大臣 殿

## 出産ケア政策会議

共同代表 日隈ふみ子（助産師、元佛教大学保健医療技術学部看護学科教授）  
古宇田千恵（日本妊産婦支援協議会りんごの木代表）  
ドーリング景子（助産師、京都大学大学院医学研究科人間健康科学  
系専攻母性看護・助産学分野助教）

## 正常分娩を保険適用の対象とする 「出産保険」制度の創設を求める提言

### 1. 提言の要旨

#### 1) 正常分娩を保険適用の対象とする「出産保険」制度の創設

正常分娩は病気やけがではないなどの理由から現在は保険が適用されず、「出産育児一時金」で支援されている。しかし、出産費用には地域間格差があり、出産育児一時金で出産費用を賄える地域もあれば賄えない地域もある。出産は、先の読めない不安だらけの旅のスタート地点のようなものである。スタート地点がどこであろうと、すべての旅人に「この旅に最低限必要なもの」を手渡したら、誰もが安心して旅立てるのではないだろうか。正常分娩を保険適用の対象とすることで、最低限必要となる出産費用を全国一律化し、子育て世代の経済的負担を軽減し、安心して出産・子育てができる環境を整えるべきである。

#### 2) 出産費用の自己負担ゼロ

新型コロナウイルスの感染拡大やウクライナ情勢の影響等により、子育て世代は厳しい生活状況に追い込まれている。正常分娩を保険適用の対象とした場合、現行の制度では3割を自己負担することになるが、この自己負担分をゼロとすべきである。たとえば、乳幼児等医療費助成制度と同様に3割分を自治体が助成するという制度を創設すべきである。

### 3) 安全性を配慮した上での無痛分娩の保険適用

無痛分娩を希望する妊婦は増えているが、無痛分娩は通常分娩に比べて薬剤費や人件費がかかるため高額になる。しかし、現行の制度では保険が適用できない。そのため、妊産婦に経済的負担となっている。近年、無痛分娩に伴う事故が増加していることを鑑み、安全性への配慮を十分行ったうえで、妊産婦の経済的負担を緩和するために無痛分娩も保険適用とすべきである。

### 4) 「出産難民」を出さないための産科医療機関への支援

ここ10年ほどで産科医不足と病院の集約化が進み、それと共に産科診療所（クリニック）の減少と助産所（助産院）の分娩中止や廃院が進行している。このままでは、全国の各地域で出産難民が発生すると考えられている。正常分娩の保険適用によって出産費用が全国一律となることにより、都市部の産科診療所はさらに経営困難に追い込まれ、分娩中止を加速させることが予想される。また、それに伴い、産科診療所を嘱託医としている助産所も分娩中止とせざるを得なくなる。出産難民を出さないために、産科診療所や助産所といった産科医療機関への支援を行うべきである。

### 5) 妊産婦の選択で、個室使用など保険外適用も可能に

妊産婦の多様なニーズに応えるために、差額ベッド、食事、マッサージなどの保険外適用を可能にしたほうがよい。現行の保険外併用療養費制度と同様の仕組みにより、妊産婦の希望に沿った柔軟な対応をできるようにすべきである。

### 6) デジタル化された「マタニティケア検索・予約システム」の導入

今の若い女性は、日常生活の中で、あらゆるサービスが検索・予約できることを当たり前とする社会で暮らしている。たとえば、美容院を予約する際には、地域の美容院がほぼ網羅されている中から検索できるし、美容院だけでなく美容師やサービスの組み合わせも予約できるようになっている。これと同じように、妊娠がわかった時点ですぐに地域の産科医療機関の出産費用・サービス内容等の情報を検索でき、サービスを適切に選択できることは、出産を考える女性に安心と利便性を提供し、出産の支援策として重要である。

しかし、現行の制度では、自分の地域でどのようなサービスを受けることができる

のかが十分に可視化されていない。また、産後ケアを産前に予約することすらできないなど、産後の不安材料を増やしているようなものである。今の若い女性の生活様式に合わせた「マタニティケア検索・予約システム」の導入は急務である。

海外では、マタニティケアのIT化（デジタル化）が進められ、産科医や助産師が入力した記録を妊産婦がスマートフォンの画面で閲覧でき、また、自分の希望や選択を妊産婦自身がスマートフォンの画面で入力し、産科医や助産師と情報共有することができる。日本でも、どこで、どの医師と、どの助産師から、どのようなケアを受けるかを妊産婦自身がオンラインでカスタマイズもできるデジタルシステムの導入を少子化対策として導入すべきである。

## 2. 提言の趣旨

「自由民主党・出産費用等の負担軽減を進める議員連盟」の提言の中で示された、出産（正常分娩）に公的保険を適用した上で、自己負担が生じないようにする仕組みの導入、つまり「お財布のいらぬ出産」は、私たち母親にとって朗報であり、歓迎すべきことである。

しかし一方で、「正常分娩に公的保険が適用されると、産科医療機関が廃業に追い込まれる」というニュースが報道されており、「身近な地域で産めなくなるのではないか」「お産難民が加速度的に増えるのではないか」という不安の声が私たち母親の間で広がっている。「身近な地域で産みたい」という母親たちのニーズに応えるためにも、産科医療機関が正常分娩の保険適用によって廃業に追い込まれないように支援していただきたい。

また、「お財布のいらぬ出産」となる仕組みと同時に「妊娠がわかったときから、『どこで』『誰から』『どのようなケアを』受けられるのかを検索・予約できる」仕組みを導入することを強く望む。私たち母親は日常生活の中で、あらゆるサービスが検索・予約できることが当たり前の社会で暮らしている。しかし、現行の制度では、産後ケアを産前に予約することすらできない。これこそまさに私たち母親が生きている世界とは「次元の異なる」アナログな世界である。

「次元の異なる」少子化対策と銘打つのであれば、ぜひともデジタル化された「マタニティケア検索・予約システム」を導入し、どこで、どの医師と、どの助産師から、どのようなケアを受けるかを妊産婦自身がオンラインでカスタマイズもできるようにしていただきたい。

推薦人：

静岡大学名誉教授	船橋恵子
北海道助産師会会長	高室典子（助産師）
東京都助産師会会長	宗 祥子（助産師）
日本産婦人科協会事務局長	池下久弥（産婦人科医）
日本産婦人科協会理事	堀口貞夫（産婦人科医、元愛育病院院長）
自然分娩推進協会代表	荒堀憲二（産婦人科医、高山赤十字病院 母子周産期医療センター長）

令和 6年 7月 24日

自由民主党「出産費用等の負担軽減を進める議員連盟」

会長 小淵優子 殿

事務局長 加藤鮎子 殿

事務局次長 国光あやの 殿

出産ケア政策会議 代表 古宇田千恵

出産ケア政策会議 顧問 井上清成

## 正常分娩を保険適用の対象とする 妊産婦中心の「出産保険」制度の創設を求める提言

### 1. 正常分娩を保険適用の対象とする妊産婦中心の「出産保険」制度の創設

正常分娩は病気やけがではないなどの理由から現在は保険が適用されず、健康保険法上、「出産育児一時金」だけで支援されている。しかし、出産は、先の読めない不安だらけの旅のスタート地点のようなものである。スタート地点がどこであろうと、すべての旅人に「この旅に最低限必要な標準的なもの」を手渡したら、誰もが安心して旅立てるのではないだろうか。正常分娩を保険適用の対象とすることで、出産を複数の標準化された現物給付とし、子育て世代の経済的負担を軽減しつつ、妊産婦の多様なニーズに応え、安全に安心して出産・子育てができる環境を整えるべきである。

### 2. 新たな「出産保険」で出産費用の自己負担ゼロ

正常分娩を保険適用の対象とした場合、現行の制度では3割を自己負担することになるが、この自己負担分をゼロとすべきである。たとえば、乳幼児等医療費助成制度と同様に3割分を自治体が助成するという制度を創設すべきである。

より抜本的には、「療養の給付」と横並びの現物給付とはせずに、「療養の給付」とは別の新たな「出産保険」制度を、同じ健康保険法の枠組みの中に創設すればよいのである。

### 3. 妊産婦の選択で、個室使用など保険外適用も可能に

妊産婦のさらなる多様なニーズに応えるために、差額ベッド、食事、マッサージ、希望による無痛分娩などの自費による保険外適用を可能にしたほうがよい。現行の保険外併用療養費制度と同様の仕組みにより、妊産婦の希望に沿った柔軟な対応をできるようにすべきである。

#### 4. 「出産なび」を進化させ、デジタル化された「マタニティケア検索・予約システム」の導入

今の若い女性は、日常生活の中で、あらゆるサービスが検索・予約できることを当たり前とする社会で暮らしている。たとえば、美容院を予約する際には、地域の美容院がほぼ網羅されている中から検索できるし、美容院だけでなく美容師やサービスの組み合わせも予約できるようになっている。これと同じように、妊娠がわかった時点ですぐに地域の産科医療機関や助産所の出産費用・サービス内容等の情報を検索でき、サービスを適切に選択できることは、出産を考える女性に安心と利便性を提供し、出産の支援策として重要である。

そこで、見える化を目指した「出産なび」を進化させて、検索だけでなく予約も可能にし、今の若い女性の生活様式に合わせた「マタニティケア検索・予約システム」を導入すべきである。

海外では、マタニティケアの IT 化（デジタル化）が進められ、産科医や助産師が入力した記録を妊産婦がスマートフォンの画面で閲覧でき、また、自分の希望や選択を妊産婦自身がスマートフォンの画面で入力し、産科医や助産師と情報共有することができる。日本でも、どこで、どの医師と、どの助産師から、どのようなケアを受けるかを妊産婦自身がオンラインでカスタマイズもできるデジタルシステムの導入を、少子化対策の一つとして導入すべきである。

#### 5. 「標準的な現物給付」の類型化

「現物給付」化する趣旨には、国民の「経済的負担」の軽減、給付の「安全性」の確保、給付の「標準化」（複数の類型化）という要請が込められている。適正な評価額相当での給付、第三者の専門家達が安全性を検討した上での類型化、などが行われるので、一般国民は安心して「標準的な現物給付」を、複数の選択肢の中から選択できるのである。なお、ここで言う「標準化」は、「画一化」ではない。同様の疾病や負傷（や出産）に対して、複数の「標準的な現物給付」を設定して、むしろ「多様性のニーズ」に応じるものなのである。

##### 1) 現物給付の複数の基本型

- ・ 出産場所
  - 病院分娩
  - 診療所分娩
  - 助産所分娩
  - 自宅分娩

- ・分娩スタイル  
分娩台使用  
分娩台不使用（フリースタイル）

\*基本型の中で金額に差をつける理由

人件費と設備投資額が、病院・分娩台使用と助産所・分娩台不使用（フリースタイル）とでは顕著に異なるから。

## 2) 現物給付の加算類型（オプション）

- ・継続（妊婦健診を実施した施設）  
1回／2回以上
- ・かかりつけ（かかりつけ医師／かかりつけ助産師）  
指導管理（相談体制）  
\*病院搬送後に助産所へ戻った場合  
病院分娩の産婦から助産所が報告を受けた場合など
- ・子の立ち会い
- ・搬送付添料

## 6. 出産育児一時金の残額相当分の現金給付（キャッシュバック）

現物給付のレセプトで出産一時育児金の残額が出てきたら、差額分については、保険組合が妊産婦に振り込む。出産育児一時金制度は存続させ、現物給付分を差し引いた残額の現金給付を行うシステムを構築すべきである。

### 例1) 助産所分娩の一例

現物給付（基本）38万円  
継続（加算）2万円  
かかりつけ（加算）2万円  
出産育児一時金（現金給付）8万円  
[出産育児一時金の内訳]  
出産育児一時金50万円  
ー現物給付（基本） 38万円  
ー継続（加算） 2万円  
ーかかりつけ（加算）2万円  
ー  
出産一時育児金残額 8万円

例2) 助産所分娩の一例

現物給付 (基本) 38万円  
継続 (加算) 2万円  
かかりつけ (加算) 2万円  
差額ベッド (保険外) 2万円  
食事 (保険外) 2万円  
マッサージ (保険外) 1万円  
出産育児一時金 (現金給付) 3万円

[出産育児一時金の内訳]

出産育児一時金50万円  
ー現物給付 (基本) 38万円  
ー継続 (加算) 2万円  
ーかかりつけ (加算) 2万円  
ー差額ベッド (保険外) 2万円  
ー食事 (保険外) 2万円  
ーマッサージ (保険外) 1万円  

---

出産一時育児金残額 3万円

例3) 病院分娩の一例

現物給付 (基本) 40万円  
差額ベッド (保険外) 5万円  
食事 (保険外) 4万円  
出産育児一時金 (現金給付) 1万円

[出産育児一時金 (現金給付) の内訳]

出産育児一時金50万円  
ー現物給付 (基本) 40万円  
ー差額ベッド (保険外) 5万円  
ー食事 (保険外) 4万円  

---

出産育児一時金残額 1万円

例4) 病院分娩の一例 (無痛分娩の一例)

現物給付 (基本) 40万円  
差額ベッド (保険外) 5万円  
食事 (保険外) 4万円  
無痛分娩 (保険外) 10万円  
出産育児一時金 (現金給付) -50万円  
妊産婦自己負担金9万円



### [妊産婦自己負担金の内訳]

出産育児一時金	50万円
ー現物給付（基本）	40万円
ー差額ベッド（保険外）	5万円
ー食事（保険外）	4万円
ー無痛分娩（保険外）	10万円
妊産婦自己負担金	9万円

## 7. 身近な地域での出産を守る体制の確保—基本的なコンセプト

### ① 経営コストの低廉な助産所出産・自宅出産の奨励

できるだけ地域に根ざした出産体制を確保するために、経営コストの低廉な助産所出産や在宅出産を進めるべく、助産所出産や在宅出産の適正な保険点数設定を計ることが大切だと思う。

### ② 妊産婦自ら診療録・助産録をリアルタイムに閲覧

出産費用の保険適用についても当然にデジタル実装されるものと思われるが、その際に、妊産婦からの見える化を進め、妊産婦自身が自らの診療録や助産録を、カルテ等開示請求などという迂遠な方法を取らずとも、リアルタイムに閲覧できるように改善すべきことが、海外の趨勢からしても当然のことと思う。

### ③ 助産所の嘱託医療機関の確保、助産所の事故損害保険制度の拡充、助産所の医療安全管理体制の充実

折角の保険適用をしたとしても、その他の事情による制限や支障が生じては元も子もない。たとえば、助産所の嘱託医療機関の確保（たとえば、都道府県周産期医療協議会による嘱託医療機関の受託医療機関選定）、助産所の事故損害保険制度の拡充（たとえば、複数の損害保険商品の種類を設けて、選択肢を確保）、助産所の医療安全管理体制の充実（たとえば、医療安全管理講習への参加）などといった諸問題の解決も、合わせて図っていくべきと思う。

### ④ 受取代理制度の導入

通常であれば、保険化に際して保険開始時において、保険請求した分娩機関ではレセプト請求後約2ヵ月間の収入の空白が生じてしまう。そこで、保険化のタイミングにおいては、かつて出産育児一時金について、「事前申請」で分娩機関が2週間以内に保険者から出産保険を支払ってもらおうべく導入された「受取代理制度」と、同様な制度を採用しなければならない。そうしないと、中小施設（診療所や助産所）が多大な損害を受けてしまう。

**⑤ 厚労省による適切な保険指導**

初めての出産費用の保険適用によって混乱が生じないように、厚生局による集団指導と新規個別指導を懇切丁寧に行う体制を、厚生労働省として準備しておくことが望まれる。

**⑥ 地域枠を利用した開業助産師と開業助産所の誘致**

現在、独立開業を望む勤務助産師や新人助産師の数は多い。そこで、各自治体で地域枠を利用して、開業助産師・開業助産所の誘致制度を設けるとよい。

以上

令和 6年 9月 25日

厚生労働副大臣 宮崎政久殿

出産ケア政策会議 代表 古宇田千恵

出産ケア政策会議 顧問 井上清成

## 正常分娩を保険適用の対象とする 妊産婦中心の「出産保険」制度の創設を求める提言（その3）

令和5年4月27日に提出した「正常分娩を保険適用の対象とする『出産保険』制度の創設を求める提言書」、令和6年7月24日に提出した「正常分娩を保険適用の対象とする妊産婦中心の『出産保険』制度の創設を求める提言書」（第2弾）に引き続き、特に、「妊産婦の多様なニーズに対する選択の自由の確保」と「標準化された現物給付の複数類型」の体系に重点を置いて、第3弾としての提言を追加提出する。

### 1. 「現物給付の標準化（類型化）」と妊産婦の自由な選択

ここで提言する「現物給付の標準化」とは、現物給付を複数に類型化することであり、それにより、妊産婦に多様な「選択肢」を提示して、「多様なニーズ」に応じられるようにするものである。複数の類型化によって、「妊産婦が選択肢を選ぶ」という言葉のイメージよりは「妊産婦が組み合わせを作る」や「妊産婦がカスタマイズする」という言葉のイメージに近くなる。たとえば、フラットに示された「選択肢1」「選択肢2」「選択肢3」から選ぶのではなく、それぞれの選択肢から枝分かれした「選択肢A」「選択肢B」「選択肢C」を妊産婦自らが積極的に組み合わせていくというイメージである。

この例で言うと、9つの組み合わせ（「選択肢1＋選択肢A」「選択肢1＋選択肢B」「選択肢1＋選択肢C」「選択肢2＋選択肢A」「選択肢2＋選択肢B」「選択肢2＋選択肢C」「選択肢3＋選択肢A」「選択肢3＋選択肢B」「選択肢3＋選択肢C」）が可能である。妊産婦は「選択肢1＋選択肢C」という組み合わせを作ってもよいし、「選択肢3＋選択肢B」という組み合わせを作ってもよい。

妊産婦が自らの主観的な感性や当該妊産婦を取り巻く客観的な事情にフィットする選択肢を、自主的かつ積極的に組み合わせていくことができるようになるのである。

## 2. 分娩介助基本料

「分娩介助基本料」を、正常分娩介助の際に行われる基本的な分娩介助行為の技術料・看護料・介助料及びその費用等（人件費、設備費等）を一括して評価するものと、定義する。

2023 年度版の直接支払制度の手続きに関する厚生労働省の資料では、分娩介助料を「異常分娩(分娩に係る異常が発生し、鉗子娩出術，吸引娩出術，帝王切開術等の産科手術又は処置等が行われるものをいう。)時の医師等による介助その他の費用」とし、分娩料を「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」とし、異常分娩の場合と正常分娩の場合とを区別している。しかし、今回は「出産保険」という形態を通じて異常分娩も正常分娩もいずれも健康保険法の枠内で現物給付として扱うことを前提としていることから、用語を統一したほうがよいであろうと考えて、あえて一本化して「分娩介助料」という用語で表記することとした。念のため付け加える。

## 3. 分娩介助基本料（標準型）の構成

分娩介助基本料の算定の基本金額は25万円とする。基本金額に類型別の金額を上乗せして一括して評価した金額を分娩介助基本料とし、これを標準型とする。

## 4. 標準型の分類

標準型の類型は、以下の5つである。

- ①施設類型：病院5万円、診療所3万円、助産所2万円（自宅分娩2万円）  
出産施設の種類（病院、診療所、助産所）によって3つに類型化し、分類を行なった。自宅分娩は、助産所に準じて2万円とする。
- ②産室類型：陣痛室と分娩室の専用型2万円、陣痛室と分娩室の兼用型0円  
産室を陣痛室と分娩室に分けている場合と陣痛室と分娩室を兼用させている場合とに類型化し、分類を行なった。たとえば、LDRは「陣痛室と分娩室の兼用型」に含まれる。
- ③寝具類型：分娩台その他ベッド型2万円、布団その他フリースタイル型0円  
使用する寝具によって類型化し、分類を行なった。「フリースタイル型」とは、主として分娩台型との対比での概念であるが、一室に布団とベッドがあり、産婦がどちらかを選べる場合も含む。
- ④産婦類型：初産婦2万円、経産婦0円  
産婦が初産であるか経産であるかによって類型化し、分類を行なった。
- ⑤配置類型：専任助産師3万円、兼任助産師0円  
分娩介助を行った助産師の勤務形態が専任か兼任かによって類型化し、分類を行なっ

た。「専任助産師」とは、病院・診療所であれば産科専任の助産師であり、助産所であればその助産所専任の助産師である。「兼任助産師」とは、たとえば、病院や診療所であれば産科と他科の業務とを兼任している助産師であり、助産所であればその助産所と他の施設との業務を兼任している助産師である。たとえば、混合病棟で勤務する助産師は「兼任助産師」である。

標準型の具体例は、たとえば、次のとおりである。

①病院の一例：基本金額25万円＋病院5万円＋専用産室2万円＋分娩台その他ベッド型2万円＋初産婦2万円＋兼任助産師0円＝分娩介助基本料36万円。

②診療所の一例：基本金額25万円＋診療所3万円＋専用産室2万円＋分娩台その他ベッド型2万円＋経産婦0円＋専任助産師3万円＝分娩介助基本料35万円。

③助産所の一例：基本金額25万円＋助産所2万円＋兼用産室0円＋布団その他フリースタイル型0円＋経産婦0円＋専任助産師3万円＝分娩介助基本料30万円。

自宅分娩は、①の施設類型のうち、「助産所2万円」に準拠する。なお、後記5（3）①「出張加算」を算定することもできる。

## 5. 加算項目

(1) 継続加算：5万円（病院も診療所も助産所も可能。ただし、出産した施設のみ可能。）

「継続」とは、同じ施設で、妊娠中に妊婦健診を行う等し、かつ、分娩介助も行うことである。

(2) かかりつけ加算：3万円（病院も診療所も助産所も可能。ただし、出産した施設に限られず、複数の施設での加算も可能。）

「かかりつけ医師・助産師」とは、妊娠・出産に関連することをなんでも相談できる上、最新の医療・助産情報を熟知して、必要などときには、地元の適切な医療機関等を紹介してくれる身近で頼りになる地域医療・助産・保健・福祉を担う総合的な能力を有する医師・助産師のことである。

(3) その他

①出張加算（1日につき、2万円）

自宅分娩（前記4①のとおり）での出張の場合に算定できる。

②見守り加算（1日につき、2万円）

分娩時に継続的な見守りを専従で行った場合に算定できる。なお、継続加算と見守

り加算は別のものであるので、同時に算定することができる。

③（麻酔を使わない）産痛緩和加算（1日につき、2万円）

麻酔を使わない産痛緩和（マッサージ、温罨法等）を行った場合に算定できる。

④安全管理加算（1日につき、5万円）

施設が正常分娩に関する固有の安全管理指針を作成し、かつ、当該施設所属の常勤の医師または助産師が正常分娩に関する固有の安全管理講習に合計年2回以上参加し、当該施設が保険金額上限2億円以上の損害賠償責任保険に加入している場合に算定できる。

⑤家族立ち会い加算（1人1日につき、0.5万円）

## 6. キャッシュバック

標準型と加算の合計額が50万円未満ならば、原則廃止前の出産育児一時金の金額50万円との差額を、妊産婦にキャッシュバックする。出産育児一時金は、今回、原則廃止となるが、後述するとおり、特例の場合にだけ一部存続させる。特例的に、一部存続する出産育児一時金20万円を上限として、キャッシュバックすることとする。

具体例は、たとえば、次のとおりである。

①上記の病院の一例： $50万円 - 36万円 = 14万円$ （キャッシュバック）。

②上記の診療所の一例： $50万円 - 35万円 = 15万円$ （キャッシュバック）。

③上記の助産所の一例： $50万円 - 30万円 = 20万円$ （キャッシュバック）。

## 7. 転送・搬送の特別加算

### （1）転送・搬送の特別加算

助産所、診療所、病院から他の施設に、分娩までの間に転送・搬送した場合の特別加算である。なお、転送先・搬送先で正常分娩だった場合を典型的なものとして想定している。

転送元・搬送元には分娩着手料（1日まで15万円、2日以上プラス5万円で合計20万円が上限）が発生する。かかりつけ加算としてプラス3万円も可能。搬送付添料としてプラス5万円も可能。

転送先・搬送先での標準型と加算の合計は50万円未満に限る。ただし、転送先・搬送先と転送元・搬送元との合計額は70万円を上限とする。

### （2）具体例は、たとえば、次のとおりである。

上記の助産所から病院に転送・搬送された場合：

分娩着手料（2日）20万円＋かかりつけ加算3万円＋搬送付添料5万円＋分娩介助基本料32万円（基本金額25万円＋病院5万円＋兼用産室0万円＋分娩台その他ベ

ッド型 2 万円＋経産婦 0 円＋兼任助産師 0 円) = 助産所合計 2 8 万円＋病院合計 3 2 万円 = 6 0 万円

## 8. 出産育児一時金の原則廃止と一部存続

- (1) 出産育児一時金は原則廃止ではあるが、特例的な事態に対処するため、特例的な事態の時に限り 2 0 万円を限度として存続。
- (2) 出産育児一時金一部存続 2 0 万円の使途
- ① キャッシュバック 2 0 万円を限度として、一部存続（前記 4 を参照）。
  - ② 転送・搬送の特別加算を、2 0 万円を上限として実施（前記 7 を参照）。
  - ③ 無介助分娩の場合、2 0 万円を上限として支給。
  - ④ 出産保険を使わない場合は、2 0 万円を上限として支給。

## 9. おわりに

今回の提言では保険適用内の出産費用の体系について述べたが、妊産婦のさらなる多様なニーズに応えるために、次回の提言では差額ベッド、食事、希望による無痛分娩等の自費による保険外適用（保険外併用適用）の体系について述べたい。

### 出産費用保険適用一覧表

標準型	分娩介助基本料は、その算定の基本金額は 2 5 万円とし、そこに類型別の金額を上乗せして、基本金額と上乗せ金額を一括して評価した金額（標準型）である。
	施設類型：病院 5 万円、診療所 3 万円、助産所 2 万円（自宅分娩 2 万円） 産室類型：陣痛室と分娩室の専用型 2 万円、陣痛室と分娩室の兼用型 0 円 寝具類型：分娩台その他ベッド型 2 万円、布団その他フリースタイル型 0 円 産婦類型：初産婦 2 万円、経産婦 0 円 配置類型：専任助産師 3 万円、兼任助産師 0 円
	[具体例] ① 病院の一例：基本金額 2 5 万円＋病院 5 万円＋専用産室 2 万円＋分娩台その他ベッド型 2 万円＋初産婦 2 万円＋兼任助産師 0 円＝分娩介助基本料 3 6 万円。 ② 診療所の一例：基本金額 2 5 万円＋診療所 3 万円＋専用産室 2 万円＋分娩台その他ベッド型 2 万円＋経産婦 0 円＋専任助産師 3 万円＝分娩介助基本料 3 5 万円。 ③ 助産所の一例：基本金額 2 5 万円＋助産所 2 万円＋兼用産室 0 円＋布団その他フリースタイル型 0 円＋経産婦 0 円＋専任助産師 3 万円＝分娩介助基本料 3 0 万円。

<p style="text-align: center;">加算</p>	<p>(1) 継続加算：5万円（病院も診療所も助産所も可能。ただし、出産した施設のみ可能。）</p> <p>(2) かかりつけ加算：3万円（病院も診療所も助産所も可能。ただし、出産した施設に限られず、複数の施設での加算も可能。）</p> <p>(3) その他</p> <p>①出張加算（1日につき、2万円） 自宅分娩（前記標準型・施設類型のとおり）での出張の場合に算定できる。</p> <p>②見守り加算（1日につき、2万円） 継続的な見守りを専従で行なった場合に算定できる。</p> <p>③（麻酔を使わない）産痛緩和加算（1日につき、2万円） 麻酔を使わない産痛緩和（マッサージ、温罌法等）を行なった場合に算定できる。</p> <p>④安全管理加算（1日につき、5万円） 正常分娩に関する固有の安全管理指針を作成し、かつ、常勤の医師または助産師が正常分娩に関する固有の安全管理講習に合計年2回以上参加し、保険金上限2億円以上の損害賠償責任保険に加入している場合に算定できる。</p> <p>⑤家族立ち会い加算（1人1日につき、0.5万円）</p>
<p style="text-align: center;">キャッシュバック</p>	<p>標準型と加算の合計額が50万円未満ならば、原則廃止前の出産育児一時金の金額50万円との差額を、一部存続の出産育児一時金20万円を上限として、妊産婦にキャッシュバック。</p> <p>[具体例] 上記の病院の一例：50万円－36万円＝14万円（キャッシュバック）。 上記の診療所の一例：50万円－35万円＝15万円（キャッシュバック）。 上記の助産所の一例：50万円－30万円＝20万円（キャッシュバック）。</p>
<p style="text-align: center;">転送・搬送の特別加算</p>	<p>助産所、診療所、病院から他の施設に、分娩までの間に転送・搬送した場合の特別加算である。</p> <p>転送元・搬送元には分娩着手料（1日まで15万円、2日以上プラス5万円で合計20万円が上限）が発生する。かかりつけ加算としてプラス3万円も可能。搬送付添料としてプラス5万円も可能。</p> <p>転送先・搬送先での標準型と加算の合計は50万円未満に限る。ただし、転送先・搬送先と転送元・搬送元との合計額は70万円を上限とする。</p> <p>[具体例] 上記の助産所から病院に転送・搬送された場合： 分娩着手料（2日）20万円＋かかりつけ加算3万円＋搬送付添料5万円＋分娩介助基本料32万円（基本金額25万円＋病院5万円＋兼用産室0万円＋分娩台その他ベッド型2万円＋経産婦0円＋兼任助産師0円）＝助産所合計28万円＋病院合計32万円＝60万円</p>
<p style="text-align: center;">出産育児一時金の原則廃止と一部存続</p>	<p>出産育児一時金は原則廃止ではあるが、特例的な事態に対処するため、特例的な事態の時に限り20万円を限度として存続。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・キャッシュバック20万円を限度として、一部存続。</li> <li>・転送・搬送の特別加算を、20万円を上限として実施。</li> <li>・無介助分娩の場合、20万円を上限として支給。</li> <li>・出産保険を使わない場合は、20万円を上限として支給。</li> </ul>

以上



厚生労働省 保険局長様  
母乳問題に関心のある国会議員、皆様

出産費用の保険適用において母乳育児率を重要な指標とする提案の理由  
自然分娩推進協会 代表 荒堀憲二

子どもの健全な成長・発達を目指して母乳育児を推進することを奨励することは、古くより助産師が認められていたヨーロッパの諸国ではめずらしくありません。  
さらに別紙北島医師の説明資料（保険診療点数として加点・減点を考えるべき指標としての母乳育児率）にも記したとおり、母乳分泌と分娩中の産婦の精神状態は重大な相関があること、母乳育児率が虐待発症件数とは逆の相関があること、さらに近年の知見により、母乳が潰瘍性大腸炎等の難病防止に関係することなど、母乳育児が乳幼児期のみならず、人の生涯の健康に関わることが明らかになり、この為米国でも、経済的な観点から母乳を熱心に推奨しています。  
一方わが国では、9年前の調査とは異なり近年は逆の傾向にあるのでは、という現場からの肌感覚の声が多くなっています。

以上に鑑みれば、母乳育児の達成率は母子保健指標の1丁目1番地と言える重要な位置を占めると言えます。出生後6か月まで母乳育児率を上げたいところですが、まずは退院時と1か月時点の**高い母乳育児率を指標として分娩施設への奨励制度**とすることを提案致します。

（下図に母乳育児率の必要条件と母乳育児推進の効果を略記しましたので参照下さい）

図1 高い母乳育児率に必要な条件（荒堀）

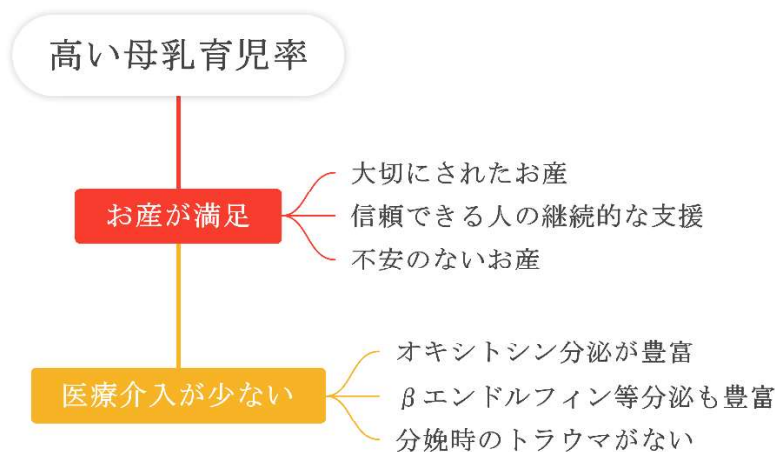


図1の説明:母乳育児率を上げるためには、医療介入が少なく、かつお産が満足であることが必要であることを示している。高い母乳育児率にインセンティブを付与することにより、このような要件を満たす良いお産を増やすことができる。

図 2 母乳育児推進の効果（荒堀）

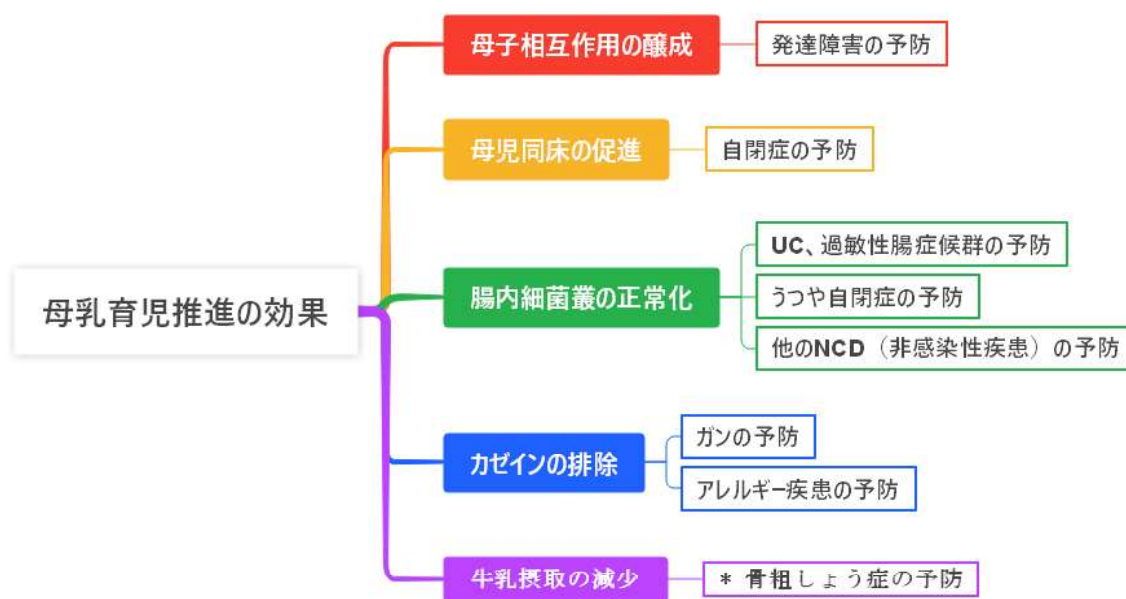


図 2 の説明:母乳育児を推進することにより、多くの疾患を予防することができる。なお、牛乳のカゼイン蛋白はガン等の促進因子であること、牛乳摂取量が多いと骨折も多いことが知られている(\* Hegsted DM. "Calcium and osteoporosis" J. Nutr. 116(1986): 2316-2319) 牛乳は弱酸性であるので骨粗しょう症を促進する。

## 保険診療点数として加点・減点を考えるべき指標としての母乳育児率について

北島博之

自然分娩推進協会

大阪母子医療センター 研究所

現在、正常出産への保険適用の議論がなされていますが、分娩時に保険適用される医療行為や助産行為そして産前産後の外来での診療・支援行為などが、その項目に入ってきますが、そこにおいてそれぞれの行為が正常出産における母子への適切な支援を評価する指標とすることが困難であることが最も大きな問題であることがわかってきています。

40年近く母子医療に関わってきて、母子支援の医療評価として最もわかりやすいのは、産後1ヶ月時における分娩施設での母乳育児率の高いことを加点の対象とし母子支援の適切な支援の指標とし、一方、産む場所が産科混合病棟であることは減点の対象として今後の病院改築や医療体制の改善の指標として使用できると考えましたので、ここに提案します。

提案理由を簡単に記します。

人類が始まって以来正常分娩は、自然経膣分娩が主流で、母乳率は95%以上を保っていたと考えられます。<sup>1</sup>ところが世界各国で施設分娩の上昇に反比例するように急激な母乳率の低下が、米国、日本でも同様の現象が見られています。<sup>2</sup>

この理由には、それまで主に自宅で行われていた分娩で、特に日本の場合には子ども時代からよく知った産婆さんが分娩の全行程に付き添いながら、母子を支援していたから高い母乳育児率になっていたと考えられます。他の国でも取り上げばあさんのよく知った方の介添とすぐそばにいる家族の支援と共にあることで、安心できる場を作っていたのだと考えます。

周産期医療者として乳幼児精神保健の立場から見ると、そのような支援こそが、母親の心の支援そして胎児のwell-being(生まれた赤ちゃんが元気)を保っていたことが判明してきています。<sup>3</sup>

これこそが最も良い母子支援であり、その結果として母乳育児がほとんどの母親で行われていたこともこれまでの人類のデータから明らかです。

さらに日本では施設分娩率が上昇するときに、厚生省から促されて助産師が介助の主体となった母子健康センターが全国に作られ、その施設での評価は、自宅分娩時や病院出産時よりもさらに良い支援が得られたと使用者全員が絶賛していたこともそれを示唆します。<sup>4</sup>

一方、母乳育児が不可能となった原因は、残念ながら施設分娩開始以降、多くの正常産の場合、分娩時にこれまで会ったことのない助産師さんの付き添いで不安になりオキシトシンの分泌低下により微弱陣痛となって、点滴オキシトシンの投与が投与開始・持続・増強されることにより、陣痛の痛みが強くなり、辛い分娩となったけれども、誰にもその辛さを打ち明けて相談できることもありま

せんでした。その時には、自然分娩で上昇するはずのオキシトシン・エンドルフィンの上昇もなく、お産での達成感や自己肯定感の上昇は期待できるはずもありません。<sup>3</sup>

その結果、分娩中そして分娩後もオキシトシンがしっかり出せないために母乳育児が難しくなった可能性が最も高いと考えられます。それが、数字となって出てきたのが、母乳保育率の急激な減少です。<sup>2</sup>

もう一つ、母乳育児率が急激に低下した結果、その 30-40 年後から、米国と日本で**乳幼児虐待**が病院分娩率の上昇に合わせるが如く急上昇しています。<sup>2</sup> また、同様に**潰瘍性大腸炎 (UC)**を含む炎症性腸疾患の急激な増加が同様の上昇率で増加しています。<sup>2</sup> つまり、前者に関して母親への精神的身体的継続支援がされなかったお母さんでは、心の面では、本来の自然分娩で獲得できる強い達成感や自己肯定感が得られなくなり、そのことが生まれた子どもの自己肯定感の育成に寄与できなくなったために、その子が親となって自分の産んだ子どもの自我による反抗に負けて乳幼児虐待に、特に男性の場合には引きこもりやパートナーへの家庭内暴力<sup>3</sup>を引き起こす父親になった可能性が高いと考えられます。

子どもの身体への影響は、UC に関しては生後2週間以内に人工乳の哺乳の多かった赤ちゃんが、早期に摂取した人工乳中の腸球菌で UC の発症を引き起こした可能性が高いことが判明しました。<sup>2</sup> UC だけでなく**大腸菌 O157** (1980 年代以降に全世界で集団感染が起こってきましたが、この場合にも、生後 1 週間以内の母乳よりも人工乳の哺乳量が多いことが原因だと判明してきました。つまりそれまでの母乳育児を主体とした人類では発症しなかった細菌感染と考えられ、他の哺乳類の実験動物でも新生時期あるいは無菌動物以外には全く感染原因にはなっていません。)の感染の場合にも、ほぼ1ヶ月以上の完全母乳で発症そのものが抑えられることが判明しました。<sup>2</sup> 同様に、母乳育児がその後の呼吸器/腸管感染症、小児白血病や喘息やアトピーなどアレルギー発症の予防となることも証明されています。<sup>5</sup>

上に述べてきたように、母子へ大きな影響を与える可能性がある母乳育児は母子の健康への支援の指標として用いることが最も肝要であり、今後の正常分娩を母子の健康を増進させる必須事象とするためにも、母子の支援方法を評価できる指標として使用されるよう願います。

1. Grantly Dick- Read. Childbirth without fear. 2004, p 216, Pinter & Martin Ltd
2. Kitajima H, Fujimura M, Nozaki M, Yanagihara I. Initially colonized Enterococcus and formula are associated with poor intestinal health in life. (in preparation) 一部 添付
3. 北島博之. すべての母子に「心のプロバイオティクスを」 一部 添付
4. 中山まき子. 母子健康センター事業の研究. 身体をめぐる政策と個人. 第 3 節 母子健康センターを利用した人々. 2001, pp319-375, 勁草書房.
5. AAP Policy statement. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. 2012; 129 (3) :e827-e841.

## 2.

### Initially colonized Enterococcus and formula are associated with poor intestinal health in life.

#### 要約

目的: 早産児における細菌および人工乳中の菌の初期の定着が、その後の腸の健康に関係するかどうかを評価した。

設計: 遡及的 (retrospective) 評価および電話調査。

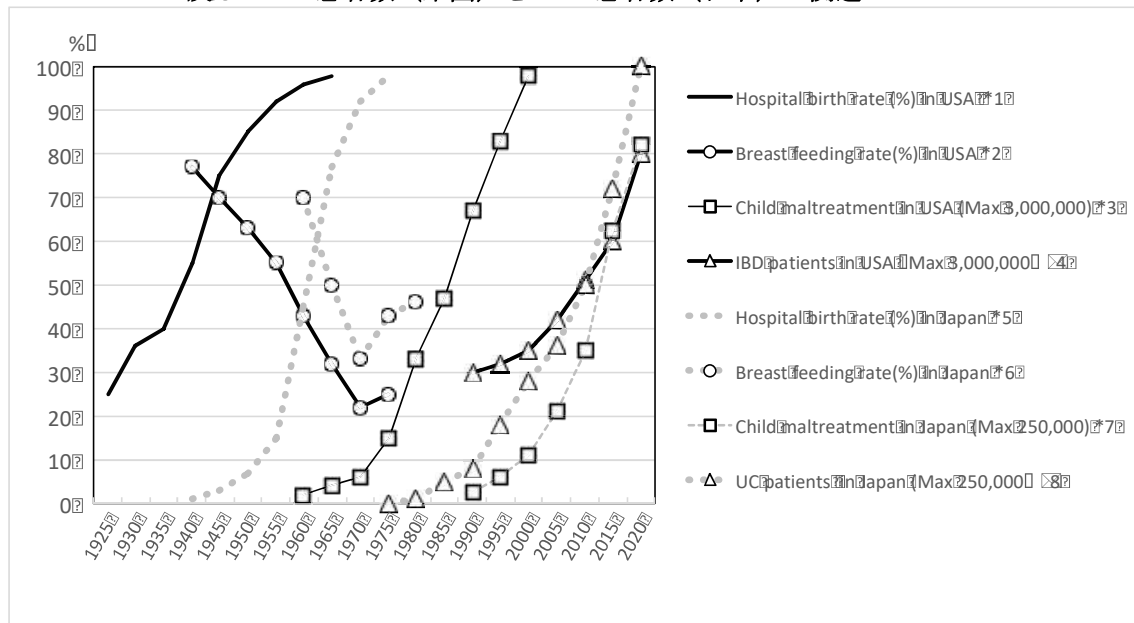
対象: 1992 年に実施された BBG-01 のランダム化比較試験での早産五つ子、1996 年に大腸菌 O157 アウトブレイクの 院内出生児 65 例を含む 258 人の乳児、および壊死性腸炎 (NEC) のすべての症例 (1981-2006) を評価した。

方法: すべての授乳パターン、吸引胃気量 (AGAV)、および腸内細菌の便培養を評価した。壊死性腸炎 (NEC)、大腸菌 O157 感染、および潰瘍性大腸炎 (UC) の発症を評価した。

結果: 生後 2 週間以内に人工乳を早期に導入すると、腸内細菌の定着と粘膜侵入が腸内で引き起こされ、母乳中のプロバイオティクスと常在細菌によって構築された上皮表面の有益なコア細菌層と粘液層が乱れる可能性がある。BBG-01 を予防的に使用する前は、2 週間以内投与の人工乳中の腸内細菌がすべての NEC を引き起こした。BBG-01 を予防的に使用した後は、母乳投与前の腸球菌の粘膜侵入 が後に NEC を引き起こした。最初の 4 週間の 母乳のみの摂取によってのみ、NEC と大腸菌 O157 感染が予防することができた。最初の 3 週間で腸球菌のみ定着しビフィズス菌は定着しなかった五つ子の 1 人 (他の 4 人はビフィズス菌が最初の 2 週間で定着) が、24 歳で UC を発症した。

結論: 最初に定着した腸内細菌と人工乳中の菌は、後の人生における腸の健康状態の悪化に重要な役割を果たす可能性がある。生後 2 週間以内の早期の人工乳の使用、またはこの早期新生児期における腸球菌の初期の定着と粘膜侵入は、NEC、大腸菌 O157 感染、およびその後成人になってから UC の発症と関連している可能性がある。

図 6. 病院分娩率 hospital birth rate, 母乳育児率 breast feeding rate, 乳幼児虐待相談件数 child maltreatments 及び IBD 患者数 (米国) と UC 患者数 (日本) の関連



### 3.

すべての母子に「心のプロバイオティクス」を

大阪母子医療センター 新生児科 北島博之

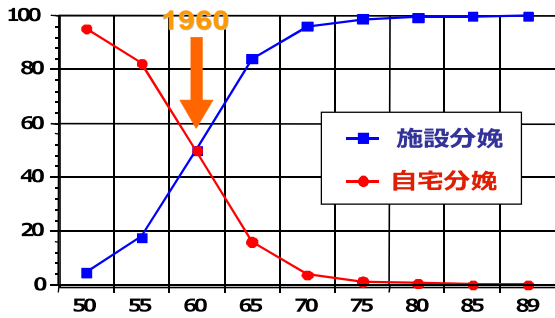
では 1970 年前後にこの日本で一体何が起こったのだろうか。全国的に 1960-1970 年の間に、自宅出産から病院出産に大きく変化した。これは米国でも病院出産が確立した 1930-40 年の時と同様のことが起こっていた。今回フィリスクラウスさんとその夫マーシャルクラウスご夫妻が書かれた 1993 年出版の「Mothering the mother」の日本語版への序文を引用してみよう。

「産科病棟へ入院してきた母親を観察していると、産婦は、恐怖と不安に満ちてベッドに横たわり、診療を受けるのを待ちわびながら、自分のところへ誰か来てくれないか目で追い求め、忙しい陣痛室で、たった一人で陣痛に苦しむ他の産婦を見ながら、苦情を訴えるのでもなく、子宮収縮ごとに起こる痛みを苦しみながら、一所けん命健気に頑張っている。それは今日、米国だけでなく日本でも、近代的な大小の病院でよく目にする、ごくふつうの光景である。陣痛に苦しむ母親に家族の付き添いは許されても、彼らは未経験であり、病院スタッフには頼ることができないため、助けたくてもどうして良いのか全く判らない状態である。医療スタッフは多忙なため、家庭分娩のときの産婦には、出産の大事な部分としてごくふつうに行なわれていた一対一の支援ができなくなってしまったからである。

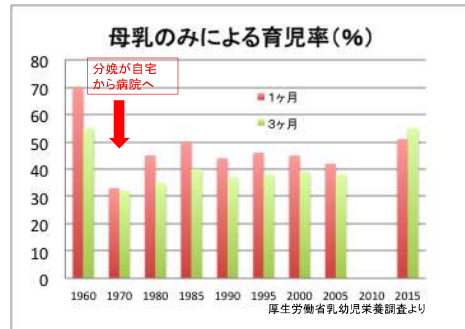
母親になった女性は、出産を最悪の経験として、また逆に最良の経験として思い出す。母親たちは、自分たちが一人きりにされ、何が起きているかわからなかったとき、どれだけ恐ろしい想いをしたか憶えている。どれだけ誰かに一緒にいてもらいたいと思ったか、また、自制心を持つことができたら、あるいは親切に取り扱われ、自分の脳力が発揮できる状態であったらどれだけよかったか思い出す。また自分たちがいかに無視されたと感じ、自制力を失い、耐え難い痛みと無能さを感じていたかを思い出す。・・・不幸にも、両国における家庭分娩の最も大切な要素、すなわち熟練した女性によって分娩の全過程を通じて与えられる継続的な一対一の情緒的支援「エモーショナル・サポート」が病院の管理によって失われてしまった。この支援が失われたことが、大きな誤りであったと判明するまで数十年が経過した。当時は誰もその重要性に気付くことのないまま、両国の産婦たちは「無痛分娩」を求めて病院へ殺到していった。」現代の日本がまさに、今同じ状況である。

日本でも病院出産になって、同様のことが起こっている。自宅出産は、我が家の布団の上で行なわれ、小さい頃から良く知った産婆さんが、1 対 1 ケアで母をほめてリラックスさせオキシトシンを出させてくれて、自分で産むことができた>>ところが、病院出産では、初めての陣痛室で陣痛が進んで全開近くになるまで一人にされて不安が高じてくると、陣痛が遠のくこともよくある。痛みを我慢しながら全開近くになるまでいきまじょうに我慢するように指導され、全開近くになると、自分が産まれて初めて入る分娩室に入り、恥ずかしい格好でお股を広げて分娩台に乗り緊張する。外来で見ていただいた産科の先生でない先生が付くことも多く、また見知らぬ助産師さんが交代で頑張れと応援してくれるが、不安のためになかなかオキシトシンが出ない。そのため陣痛がうまく来ないと、オキシトシンの点滴を受け、強い痛みによりパニックになるお母さんも多い。また、病院出産の始まりの頃は、第2期(子宮口が全開から娩出まで)を短くするために全例会陰切開をしていた病院も多く、分娩後はお下の痛みが続いて、母乳もゆっくりあげられないと言うお母さんも多かった。

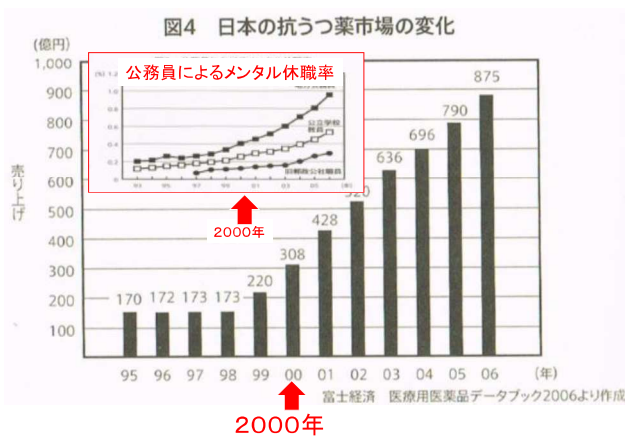
日本の歴史上始めて医療施設分娩がほとんどを占めるようになってから 50 年近くが経った。今 40 歳台の母親たち(2005 年の読売テレビのビデオに出ていた方々)を生んだ祖母たちは、この大きな変化を受けた最初の世代である。医師と見知らぬ助産師による分娩台を用いたお産で、さらに完全母子異室制であった。(図5)



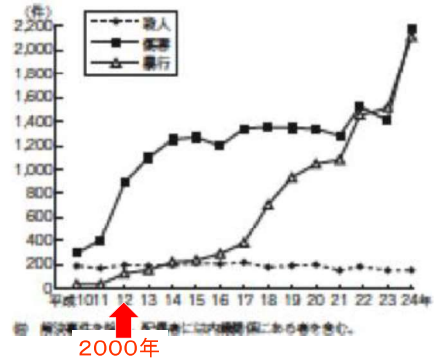
Source: Ministry of Health, Labor and Welfare



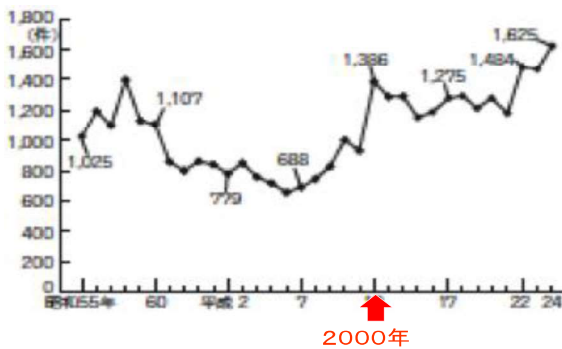
スウェーデンの分娩は1対1ケアで助産師分娩が8割。母乳育児率は60-70%と高い。



配偶者による障害(DV)・暴行・殺人の件数の推移



家庭内暴力の件数の推移



Reported number of cases of suspected child maltreatment in Japan

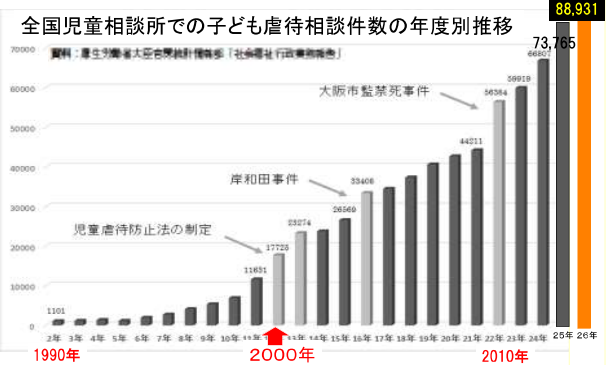


図5. 自宅出産から病院出産へ移行した時期とその30年後の時相の変化

6.

世界を救う」北島博之 21字