

第4回検討会における主な意見

第4回の議論のまとめ（1）

◆周産期医療提供体制の状況

- 分娩取扱施設数は減少しているが、1施設当たりの医師数は病院・診療所共に増えてきている。助産師は、実数も、また1施設当たりの助産師数も増えている。タスク・シフトの重要性も踏まえて、周産期医療における助産の役割は評価されており、活躍が期待される。
- 岩手県では、二次医療圏で9つあるところを、4つの周産期医療圏に再編している。おのおの圏域に地域周産期母子医療センターを少なくとも1か所ずつ配置するという状況で、低リスクの分娩を担う医療機関はもはや数えるほどになっている。
- 離島など、都道府県ごとに特殊事情があるので、他の地域からはうかがい知れないような地元事情もある。
- 都道府県の立場からは、住み慣れた地域及び近傍で安心して妊娠が継続的、安全・安心な分娩がなされて、妊婦出産時の健康と楽しい子育てが実現できる医療・生活環境の確保が重要という認識だが、そのためには期待される役割に応じた医療機能が各医療機関で継続的に果たせるように、人材の確保、設備等の確保を支援する必要がある。
- 従事する医師の確保や地域格差を是正するための取組は国としてぜひとも行っていただきたい。
- 分娩費用は地域差が極めて大きい状況の中で、分娩取扱医療機関の減少・運営困難をくれぐれも加速化しないようにしてほしい。
- 産科医・分娩機関の維持につきましては、保険適用の議論とは切り離し、別途対策が必要。
- 今後の人口減、それから女性の減少などを考えると、地方のほうの環境は非常に厳しくなる。集約化の中で妊婦がどれだけ移動とかの負担が減るのかを政策的に考えていかないと、少ないところに医師を置いてくださいということもなく、どこで折り合いをつけるのかというのが総合政策として必要。
- 潜在助産師の増加が推測される他、助産師においても偏在がある。助産師が助産師として働き、妊産婦のケアができることが必要であるため、助産師の働き方や需給についても検討すべき。
- 1施設当たりの医師数が増え、医師1人当たりの出生数が減っているということは、人件費等の固定費は増大しているが、収入は減っているということで、収益率が減っており、病院経営としては大変なのではないか。

◆小児及び小児医療等の状況

- 人口における小児の割合は、1950年に35.4%だが、2024年で11.3%と、右肩下がり。
- 小児科医の活動範囲は多様。行政や地域の社会活動、医学教育、学校保健、障がい児在宅医療、健診の多様な分野で活動していて、専門医1人当たり平均2.6機関で勤務し、4.6分野で活動している。
- 小児を見ていくためには、産科医と一緒に胎児期から思春期までワンストップで継続して見る必要があること、思春期医療、トランジション、そして慢性疾患や障害の子供の医療継続支援、発達障害や心の問題を持つ小児への対応、地域小児医療、小児救急に参画参加することが必要。

第4回の議論のまとめ（2）

◆無痛分娩、産痛緩和

- 無痛分娩の率が上昇しているだけではなく、分娩数が減少し続けているにもかかわらず、無痛分娩の件数は増加を続けている。一方で、都道府県別に無痛分娩数の推移を見ると、大都市圏を中心に多くの都道府県で無痛分娩率が上昇しているが、無痛分娩が受けられない県も複数ある。
- 日本では、硬膜外麻酔分娩による妊産婦死亡や後遺障害発生を受けて、2018年に無痛分娩関係学会・団体連絡協議会（The Japanese Association for Labor Analgesia: JALA）が組織され、安全な提供体制の構築を目指している。
- 無痛分娩を提供する医師や投与方法、計画無痛か24時間の提供か、日本では提供体制も多様。
- 麻酔科医が24時間体制で無痛分娩を提供している海外からのデータでは、輸血率や母体の重症合併症率が有意に減少。無痛分娩を提供している麻酔科医が分娩中も産後も産婦のそばにいて、麻酔と全身管理を迅速に提供することの影響が考えられる。
- 硬膜外無痛分娩は最も効果的な産痛緩和法。しかし、麻酔の影響により、産科医にとっての管理が複雑化し、助産師による観察や対処が追加が必要となる。
- 硬膜外無痛分娩が日本で進んでいない理由について、文化的なものやソーシャルプレッシャー、提供側が提供できなかったために情報提供もしてこなかったことが、日本の低い無痛分娩率につながっていったのではないかと考えられる。
- 硬膜外無痛分娩がいいから積極的にやろうというのではなく、本当に必要な人に安全に提供できる体制づくりが重要。薬物を使わない産痛緩和法を積極的に行い、最後のバックアップ手段の安心材料として硬膜外無痛分娩を提供していきたい。
- 麻酔科医が確保されたら無痛分娩が安全にできるというわけではなく、産科に習熟した麻酔科医が必要。
- 産科医による無痛分娩についても、一定の期間、一定数の麻酔のトレーニングを積んだ上で、麻酔に習熟した産科医であれば、安全な無痛分娩、効果的な無痛分娩を提供できる。
- 日本の無痛分娩は計画無痛分娩が主流。麻酔科の不在によって、日時を決めて、朝からスタートして昼間にやらないと無痛分娩が実現できない施設がほとんどである。
- 産科麻酔科医がいるのが理想だが、分娩を知らない麻酔科医よりは、麻酔に習熟した産科医がいるほうが医療安全上は良い。麻酔の事故ばかりではなく、無痛分娩をやるがために産科の医療事故が増加している。
- 現場のニーズと麻酔を提供する側の提供体制には現実的にはかなり乖離がある。無痛分娩率が上昇する中で、かなり無理をしている医師がいるのも現実。
- 助産師が施設で行っている産痛緩和は、主なものとして、妊産婦さんが安心する関わり。必要な説明をしっかりとすることは大前提として、それ以外に姿勢の工夫、温電法、マッサージといったものがあり、一定の産痛が緩和できるというエビデンスもある。

第4回の議論のまとめ（3）

◆自治体による妊産婦等への支援①

- 妊娠期から乳幼児期に至るまで途切れなく各種健診や乳児家庭全戸訪問事業、各種教室、相談、訪問など、伴走型相談支援を実施している。
- 今後の課題と展望は、安心・安全な出産に向けた経済的負担の軽減、周産期・小児医療体制の確保、産科医療機関の安定運営に向けた公定価格の設定、支援策に係るシンプルな制度設計、基礎自治体への財政支援の5点である。
- 多くの母子保健事業があるが、それが妊産婦に伝わっていないということが当事者からの意見で多くあったので、取組を余すことなく活用できるように、事業へのアクセスといったものの理解を深める取組を自治体としては積極的にお願いしたい。

<伴走型支援>

- 妊娠届出数は年々減少する傾向だが、支援が必要なハイリスク妊婦のフォロー件数は増加傾向にある。
- 伴走型相談支援については、妊娠届出時、妊娠8か月時、生後3か月の乳児家庭全戸訪問時の計3回面談を行っている。
- ネウボラはフィンランド語で相談の場所という意味で、フィンランドでは、妊娠したらネウボラで妊婦健診、出産、子供の健診などを受けられ、1人のネウボラ保健師、ネウボラおばさんとも呼ばれているが、同じ担当保健師が継続して面談、サポートされており、虐待も少ない。当町においても、妊娠・出産・子育てを切れ目なくサポートすることにより、安心して子育てできるよう、平成30年度か県の事業を受けネウボラを開設している。特徴的なのは、産後2週、4週コールを実施していることであり、最も不安が強いとされている産後1か月の間に、町の保健師からプッシュ型で電話をかけることで早期に支援することができ、支援が必要な人を産後ケアにつなげることができている。

<健康診査事業>

- 妊娠初期検査や健診助成額を超えた額について自己負担となり、経済的負担が大きいことや、県外への里帰り出産時は一旦支払い、後日償還払いが必要なこと等が挙げられる。

第4回の議論のまとめ（4）

◆自治体による妊産婦等への支援②

<産後ケア事業>

- 課税世帯は5回利用分まで助成を行っており、通所型、訪問型は無料、宿泊型は500円で利用できる。非課税世帯は全て無料。
- 令和5年度に産後ケアを利用した方のアンケートでは、利用のきっかけとして、産婦自身の体調不良、乳房トラブル、育児について知りたいという理由が多かった。利用してよかった理由は、不安が解消できた、ケアが分かった、休養できたというものがあがった。
- 利用の要件については、国の要綱改正に伴い、令和3年度から産後1年未満に拡充し、令和6年度から心身の不調や育児不安等があるという要件をなくし産後ケアを必要とする者として要件緩和を行っている。
- 国や県の補助金を使い、例えば宿泊型で1泊2日、単価が6万円の場合、利用者は一番安くて3,125円で利用できる。
- 産後ケア事業の課題を利用者の視点からまとめると、利用したくても受皿が少ないため、希望どおりに利用できないこと、利用までに時間や手間がかかること、助成回数が十分でないことなどが挙げられた。
- 令和5年度に対象者の拡大をし、令和6度からは利用料の軽減措置を行ったところ、それに伴い急激に利用者が増加をした。
- 窓口を増設したりして、妊産婦にとって来所しやすいような工夫をした。
- 助産所、診療所、病院がそれぞれ30%ぐらいずつ産後ケア事業の委託を受けているが、病院は産科混合病棟が非常に多く、宿泊型の産後ケア事業を提供するのになかなか苦慮している。地域のニーズに沿って、宿泊型以外にアウトリーチ型やデイサービス型もうまく分化して妊産婦に産後ケアが提供できたら、これからもう少し拡充が広まっていくのではないかな。
- 産後ケアを利用しやすくするという意味では、金額を下げるということは大きなインパクトがある。
- 母子手帳を交付するときにもう産後ケアの利用の番号をあげるといった形が本来の趣旨に近いのではないかな。
- 金額面と、利用の申請から実際に産後ケアを利用する際のデジタル化というところが利用促進の鍵になるのではないかな。
- 産後ケアの自己負担額について、多胎の追加分が安くなっているというところはとてもよい。
- 受入れは100%行っているが、日程的な調整が課題となっており、受入先のショートステイ先や宿泊先の規模によっては日程をずらしたり、やむなく利用できなかったということも実際生じている。

第4回の議論のまとめ（5）

◆出産費用の保険適用に向けた検討

- 論点に「出産費用の保険適用の目的の明確化」があり、出産費用の保険適用が受益者である国民のメリット、また少子化対策への貢献にどうつながるのかを明確にする必要がある。
- 「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と。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と。
- 自己負担、一般の医療であれば3割負担ということの取扱いをどうするのか。対象となる分娩の範囲について、保険適用外となっている選定療養をどう扱うのか、異常分娩の取扱いをどのようにしていくのか等、既存の医療保険制度との関係において整理が必要。
- 現行の出産育児一時金との関係についても整理が必要で、昨年、出産育児一時金が42万円から50万円に上げられた影響の検証は当然必要。
- 出産育児一時金の50万円のうち1万2000円は産科医療補償制度の掛金に充当されているが、仮に出産費用が保険適用となった場合にどのように扱うか。
- 現在、医療保険制度においては、現役世代の負担軽減はまさに喫緊の課題であり、出産費用の保険適用によって、現役世代の負担がさらに増えるということは、納得が得られないのではないかと。
- 一般的には保険の場合には公費、保険料、自己負担のバランスをどう取っていくのかといった視点は重要であり、実態を見える化すること並びに標準化を行っていくのがキーワードになるのではないかと。
- 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と。