

少子社会における出産費用
—その支援のあり方—

社団法人日本産婦人科医会

平成22年2月20日

目 次

はじめに

第Ⅰ章「社会保障制度における出産費用の考え方」

Ⅰ－１「社会保障の理念」

Ⅰ－２「ベバリッジ報告にみる社会保障制度」

Ⅰ－３「わが国の社会保障」

Ⅰ－４「医療保険と妊娠・出産」

Ⅰ－５「出産費用の支援：これまでの経緯」

Ⅰ－６「少子対策としての国からの財政支出」

第Ⅱ章「出産費用の現物給付化の不合理性と問題点」

Ⅱ－１「現物給付化が現在の周産期医療供給体制に及ぼす影響」

Ⅱ－２「出産費用の格差を前提とした現物給付化」

Ⅱ－３「現金給付の有用性」

第Ⅲ章「出産費用の支援のあり方～日本産婦人科医会の提言～」

はじめに

国の礎は“人”である。そして“人”が個々として、先達が築いたものを引き継ぎ発展させ次世代へ継承することで、国は発展していく。すなわち国の存続・発展にとって最も優先されるべきことは“人”の永続的な確保である。そのためには、妊娠・出産・育児は、必須の条件である。

昨今、この妊娠・出産・育児に関連する施策が取りざたされている。しかし、平成21年の出生数は106万人と減少傾向にあり、少子問題への対応に苦慮している。国力低下を防ぐためには、出生数を如何にして増加させるかが最も重要な国策になる。その意味で、経済的にも安心して妊娠・出産できる社会の形成が、喫緊の課題である。

近年、経済格差の広がるなか、これまでの社会保障制度では十分な支援を受けられない妊産婦も増加している。一方、社会保障費削減等の財政政策により、医療全般に歪みが生じ様々な問題が表面化している。中でも妊娠・出産・育児を担う周産期医療はもっとも深刻な影響を受け、崩壊の最中にある。

このような状況下で、妊娠・出産等に係る費用の支援のあり方については、「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度」が暫定措置として施行中であるが、今後の方向性が不明瞭である。そこで、この問題に関して責任ある立場の日本産婦人科医会は、社会保障制度におけるこれらのあるべき姿について、歴史的経緯を踏まえ検討し、提言する。

第 I 章「社会保障制度における出産費用の考え方」

I-1 「社会保障の理念」

「社会保障」という用語は、憲法第 25 条「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障、及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」の中で使われており、その前後の関係から「社会保険および公的扶助による国民個人に対する経済的保障」を指すものと解される。社会の構成員がさらされている一定の危険に対して、適当な組織によって提供される保障が社会保障といえる。また、社会保障の給付や扶助は、合理的な最低生活を維持するのに必要な質と量をそなえなければならないが、同時にそれが慈恵的なものではなく、権利として請求できるものでなければならない。

I-2 「ベバリッジ報告にみる社会保障制度」

昭和 17 年に社会保険及び関連事業 に関する報告書 (Social Insurance and Allied Services:ベバリッジ報告 (Beveridge Report)) が発表されている。

この報告は社会保障制度を 3 つの柱、

- (1) 保険料を強制的に徴収し、保険料を支払った者のみが社会保障を受けられるとする 社会保険 (医療保険がこれに該当する)、
- (2) 保険料の徴収がない 国家扶助 (扶助を受けた者の裁量で使うことのできる現金支給が原則)、
- (3) 加入が自由な 任意保険、

の組み合わせで構築するべきとしている。

この考え方は、現在においてもわが国の社会保障制度の根幹をなしている。

I-3 「わが国の社会保障」

わが国の社会保障は、困窮の原因 (疾病、負傷、廃疾、死亡、老齡、失業、分娩、多子、その他) に対し、保険の方法または公の負担において経済保障の途を講ずることが基本である。

そもそも、保険は個々が掛金を出し合うことによって不測の事態に備えるもので、リスク対策と相互扶助の二本柱で形成されている。わが国はこの保険制度を社会保障の中核と捉え、税金投入等で保険制度の安定を維持してきた。しかし現在、保険を公的負担（税金と保険料すなわち掛金）で賄えない状況となっており、受益者負担という考え（給付外拡大）が導入されている。

I-4 「医療保険と妊娠・出産」

妊娠・出産は生理的行為であり、人間個体の健康破綻からの修復という疾病医療とは一線を画す。

医療保険は、疾病のために突発的に発生する個人的な経済的リスクに備える防貧対策だが、妊娠・出産による経済的負担は突発的とは言えず、数ヶ月前から予測でき、あるいは数年前から計画し十分に対応できる余裕がある。この点から現行の医療保険制度では、出産費用への支援は傷病に対する療養の給付（現物給付）ではなく、現金給付として対応されている。

I-5 「出産費用の支援：これまでの経緯」

わが国の出産費用への支援は、健康保険法が施行された昭和2年の現金給付に始まる。昭和21年に、標準報酬月額を半額を支給する方法が導入され、経済的に安定した昭和29年に広くこの方式がとられるようになり、出産一時金として定着した。一方、昭和23年に生活困窮者に対しては、児童福祉法の下に入院助産制度が実施された。

昭和36年には国民皆保険制度が導入され、被保険者、配偶者にはそれぞれ6,000円、3,000円の現金給付となった。昭和48年には、被保険者と配偶者に給付される額が60,000円と同額になり、その後も金額は経済成長に伴い増額されてきた。

平成6年には、これまでの出産一時金と育児手当金を統合して、出産育児一時金が創設され300,000円となった。平成18年には350,000円となり、平成21年には390,000円（平成23年3月までの暫定措置）となった。（同時に、出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度が導入された。）

なお平成 21 年には産科医療補償制度の導入で、同制度加入施設で出産した場合は、さらに 30,000 円が補てんされている。

I－6 「少子対策としての国からの財政支出」

わが国の少子社会は国家衰亡の危機を招来している。このことから妊娠・出産・育児は、国家存続に必須の要件であり、個人の自由意志（妊娠選択の自由）のみに依存することなく、次世代の社会繁栄のために国家が保障すべき事項である。

このような視点に立つならば、出産費用支給のあり方は医療保険の本旨である防貧・救貧対策とは全く別の少子対策を基本理念とするべきである。

第Ⅱ章「出産費用の現物給付化の不合理性と問題点」

妊娠・出産はリプロダクティブ・ヘルス/ライツの観点からは、女性の自己決定権・選択の自由の行使とみなすことができる。自己決定にかかわる事象に、不慮の傷病に備えて構築された現行の医療保険における療養の給付、すなわち現物給付を適用することは、その趣旨からも不合理である。一方、予期せず異常妊娠・異常分娩となった場合に、これを疾病として現物給付とする現行制度は妥当である。

したがって、自己決定、自己選択による妊娠・出産を選択的医療として、基本的には自己負担とすべきとの主張も成り立つ。しかし、国民は、国家を構成する三要素の一つであり、国家は国民によって構成される団体なのであるから、国家構成員である国民の減少を防ぐことは、国家にとって当然の責務である。そして、出産は次世代繁栄の礎であり、子は社会の宝とする国民文化を大切にすれば、妊娠・出産の経済的支援を国民あるいは社会が全体として保障、援助すべきであり、それこそが国家の品格としてふさわしい。理想的には、医療保険制度の枠組みから独立した国家財政から全額支給される制度が望ましい。しかし、直ちに実現が困難な状況であれば、現行の現金給付を堅持する方が現物給付化に比してはるかに国民を利する制度である。その根拠を、出産費用を現物給付化した場合の実際に即して以下に検討する。

Ⅱ－１「現物給付化が現在の周産期医療供給体制に及ぼす影響」

これまで自由診療で運営されてきた産科医療機関の出産費用には、地域ごとの経済状況に応じた地域間格差や、取り扱いリスクに応じた施設間格差が存在する。

厚生労働省の調査によれば、平成 21 年 1 月現在、全国の分娩入院費用は平均 423,957 円となっている。しかし、全国施設毎の分娩入院費用には 21 万円から 81 万円と約 4 倍の格差がある。この格差は都道府県毎の比較でも同様で、最高額であった東京都の平均分娩入院費用（51.5 万円）は最低額の熊本県（34.6 万円）の 1.5 倍に及ぶ。また、都道府県毎の平均分娩入院費用は各住

民所得と明確な正の相関があり、地域の経済状況に強く依存していた。

同様の格差は施設運営母体間においても認められる。最も低額の都道府県立病院（37.2万円）と大学病院（47.9万円）では1.3倍の格差がある。公的施設では、住民サービスやその公共性の視点から分娩入院費用が政策的に低額に設定されているものと推察される。一方で高次医療を提供する大学病院では、設備や人員確保に相応の経費が必要なためと思われる。

こうした出産費用を現物給付という制度のもとに一律に算定する事は困難である。地域間、施設間で分娩費用に格差のある現状で、現物給付化を強行すれば、医業経営という観点からだけでも、産科医療機関が相次いで分娩取り扱いから撤退する恐れがある。

現物給付化の影響は病院施設のみならず、有床診療所にも及ぶ。現在わが国では、総分娩数の約半数を有床診療所が取り扱い、地域の基幹病院の勤務医の負担軽減に大きく寄与している。全国の分娩取り扱い有床診療所の医師数は推定2300名で、その年齢は平均56歳である。5年前の厚生労働省調査に比較し、平均年齢は5歳低下し、世代交代が進んでいる。しかし、入院基本料の病診格差が著しい現状では、現物給付化により有床診療所での分娩の取り扱いは、事実上不可能となる。有床診療所の衰退は、周産期医療供給体制に大きな打撃を与え、決定的な産科医療崩壊に繋がる。

このような状況になれば、周産期医療を志す医学生や若手医師の参入への意欲を削ぎ、産科若手医師の減少から周産期医療供給体制は、壊滅的打撃を受け、国の存続の基本である“人”の永続的な確保が不可能となる。

II-2 「出産費用の格差を前提とした現物給付化」

もし、現物給付が強行される事態になれば、現状の出産費用の格差を包含することを前提にしなければ産科医療は崩壊する。この前提をふまえて現物給付化すると、保険部分（基本的な医療部分、基準的な設備や人員配置など）と自費部分（アメニティー、基準以上の設備や職員配置、分娩時間や入院期間の超過分など）の組み合わせになることが考えられる。自費部分を保険外

併用療養費での選定医療に規定することが一つの方法だが、制約も多く、他科との整合性も取らねばならない。したがって、この自費部分を産科医療に限定し特例的な混合診療とすることが別の方法として考えられるが、このことは健康保険法の基本的理念にかかわる部分であり、容認できるかどうか大きな問題である。いずれの場合でも、保険部分を十分に大きくすることが重要である。もし、保険部分が縮小されるようなことになれば、妊産婦が自分の希望する出産管理を行う施設を自由に選択する場合には多額の自己負担を強いられることになり、一部の富裕層の特権となることから、わが国の産科医療に著しい不均衡を持ち込むことになる。

以上より、出産費用の現物給付化は妊産婦にとっても、産科医療機関にとっても大きな不利益を被ることとなり、国の少子対策にも寄与しない。

Ⅱ－３ 「現金給付の有用性」

出産に関わる医療やサービスは多様である。したがって、その対価である出産費用が包含するものも多様であり、一律を原則とする現物給付では適正な評価が困難である。現在の産科医療機関では、医師、助産師、看護師その他のスタッフが協働し、包括的に出産管理体制をとっている。出産が、個々に様々な経過を辿るなかで、わが国のほとんどの施設では妊婦のニーズに応えつつ常に異常を予見し、それらに迅速に対応できる体制を確保しているのである。このような体制を一律な診療報酬点数設定で評価できるものではない。一律な点数設定のもとでは、正常分娩とは少し逸脱した経過を取る場合、正常分娩へ誘導しようとする努力へのモチベーションが低下し、帝王切開の増加が危惧される。すなわち分娩にはエビデンスとして示すことが難しい部分があり、安心・安全な分娩に導くには、そこが非常に重要であることを認知すべきである。

出産における経済的支援のあり方が現金給付であったからこそ、産科医療機関はあらゆる要素を考慮の上で、自施設に相応しい出産費用を決めることができるのである。そしてこの現金給付制度を背景とする周産期医療体制によ

り、妊婦死亡率や新生児死亡率が世界一のレベルを維持しているという、わが国が世界に誇るべき産科医療が提供されているのである。このことから「正常分娩が保険給付となっていないため、国や保険者等は、助産行為の実態やエビデンスの把握がまったく不十分であるため、医療事故も多い」との一部の主張は全く論理的根拠がない。

また、現物給付となれば、この制度が内在する性格上、分娩の安全性や快適性については、必要最低限のレベルに基準がおかれる可能性が強まる。療養の給付という制約下においては、より高いレベルの安全性や快適性への進展は阻害され、低レベルでの画一化された出産に集約化されることになる。その結果守られるべき分娩の多様性への対応等が損なわれ、現在と異なり、許されるレベルの中の最低の質の産科医療をも提供できなくなる可能性が生じる。

第Ⅲ章「出産費用の支援のあり方～日本産婦人科医会の提言～」

出産費用に対する助成は現金給付の維持が原則であるが、今後の少子化対策をふまえ、保険給付以外の財源からの現金支給へ変更することを提言する。

将来にわたって安心して活力ある社会を実現していくために、少子対策はわが国における最も重要な課題で、出産支援に対する国の政策はその根幹をなすものである。政権を担う民主党は、子育ての支援を政策の中心に据えているが、その中に出産費用の助成についても言及している。民主党のマニフェストによれば、子ども手当のほかに、「出産の経済的負担を軽減する」として、「現在の出産一時金（平成21年10月から42万円：産科医療補償制度分含む）を見直し、国からの助成を加え、出産時に55万円までの助成をおこなう」と記載されている。出産費用に関する助成を医療費から切り離れたこれら政策を、日本産婦人科医会は高く評価する。

出産費助成の増額は、多くの問題を解決するものの、その支給の方法によっては妊産婦、産科医療機関双方に不利益を与える可能性がある。

そして出産費用の一律算定や現物給付化は、既に述べたように、現行の医療水準を低下させ、多様化する妊産婦のニーズに応じることを困難にするばかりか、多くの施設が分娩取扱いから撤退し、決定的な産科医療の崩壊をもたらすものである。

こうした問題を解決するため、出産育児一時金の増額を契機に、現在の「保険者からの現金給付」から「保険財源によらない現金支給」への変更を提言する。