

第2回検討会における主な意見

第2回の議論のまとめ（1）

◆正常分娩の保険適用の導入の是非について

- 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。
- 安心・安全なお産に対する質の高い医療のためには、小児科医が陰でいろいろなことをやっているということを理解し、そのことに対して正当な評価をしていただきたい。
- 分娩を行うというのは、費用がいかほどかかるかという問題だけではなく、医療を提供している側の存続の問題というのがあると思う。少なくとも地方圏で分娩を提供するというのは、基本的には収益が全く上がらない。従来の保険診療では救済措置は後手に回るし、実際賄いきれない。だからといって値上げをしていいというものではないが、自費診療のほうがそういったものに関する融通が利くと考える。
- 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。
- 分娩に関わる費用の平均額は約140万円、地域によって1分娩あたりに費用の差があった。分娩数が少ない施設ほど、1分娩あたりの費用は高額となる傾向があった。
- 異常分娩で保険適用になっているのは、最後の児の娩出のところだけ。例えば本来正常分娩になるべくずっと十何時間、あるいは中には1日、2日とかけてずっと見ていた方が、最後に吸引分娩になると、その部分は保険適用になり、それ以前の部分は保険では評価されないということになる。その部分の費用というのは、現在は分娩介助料という扱いにされている。
- 分娩介助料や分娩料に転嫁せざるを得ないというのは、一番代表的なものは分娩監視装置の装着、読影判断、妊婦の精神的なケアやメンタルヘルスケアといった助産行為も全く医療のコストの中に含まれていないので、そういったものも分娩介助料に転嫁せざるを得ない。
- 1分娩あたりの費用として約140万円という数字が示されているが、これは大学病院におけるハイリスクの妊娠、分娩も含めた調査結果ではないか。一方で、出産費用の平均値は48.2万円という数字があり、あまりにも差が大きい。分娩の費用構造とか地域差等については、データやエビデンス等に基づいて分析をした上で議論が必要と考えるので、しっかり検討の上、整理をしていただきたい。

第2回の議論のまとめ（2）

◆(つづき)正常分娩の保険適用の導入の是非について

- 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。
- 報道では26年から保険適用が決まったことのような言い方をされているが、絶対に26年適用といった締め切りが決まっているのか。
- 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

- 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。
- 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。
- 特に地方では重点化・集約化のスキームがまだ十分でない中で、保険適用化による急激な体制の変化に対応できるだけの準備が不十分である。特に多忙な上に診療に忙殺される地方の大学では、若い医師が自ら希望して勤めることなど到底期待できないと思う。
- 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と。
- 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と。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。
- お産が減っていく中で、今回は保険適用というエポックではあるが、そういうことがなかったとしても、追い込まれた状況が発生していると思うので、このままいくと存続できないところはたくさん出てくると思う。

第2回の議論のまとめ（3）

◆周産期医療提供体制の充実について

- 日本では、小規模分散型の周産期医療体制でも、世界で最も安全な周産期医療体制を維持している。安全な分娩を提供できる環境の維持のため、産婦人科医は日常診療の中で妊娠経過中・分娩進行中に急変することがあったとしても、迅速に対応できる体制を確立するために多くの人的あるいは物的な投資を行っている。
- 周産期医療については極めて重要な社会インフラだと思うので、保険適用の議論とは別に、国が責任を持って提供体制の確保に向けて検討すべき課題である。
- 分娩というのは極めて文化的なもので、自分の町で産めて当たり前。当たり前だと思わないようでは分娩を語る資格はないと思う。
- 一点集中型の重点化を目指すのであれば、道路網は重要になってくる。静岡県には伊豆下田地区に1件の開業医と1件の助産所があるが、次の高次施設まで交通機関で1時間半かかるので、陸つなぎではあるのだけれども、本当に陸の孤島になっている。
- 確かに集約化を進めると問題が多いというのは理解する。ただ、最終的には集約化というのは避けて通れないかと考える。今、産婦人科医が不足している県では、10年後、15年後には半分ぐらいのこどもになる。10年ぐらいのスパンで劇的に変化する中でこの施策はやはり考えるべき。
- 一番のネックは産婦人科医師の減少。高齢の医師がリタイアされる、併せて、産婦人科医の若手の参入が少ない。全産婦人科医を増やすような支援をぜひとも国を挙げてやっていただきたい。
- 公費を入れて医療を確保しようというところもあるので、公費を考えてでも地元住民のためにやろうというのは自治体の考え方としてはあるかと思う。
- 助産師はお産を取る気があるが、それでも今の若い助産師の様子を見てみると、やはり世代は変わっている。昔のように献身的に奉仕するという助産師ばかりではないので、そういう世の中の変化もうまく活用していかないと、なかなかお産を守ることはできない。
- 2022年で分娩を取り扱っている助産所は全国に338件。そこでの出生数は、2022年で4,055人。
- 院内助産を国が推進して以降、産科医と相談しながらガイドラインをつくり、それに沿って推進している。県等の自治体側の協力があると随分推進ができる。助産師の数や産科医師との協働というところに関して施設としてどう考えていくかというようなことも重要。
- 産婦人科医師の中では、院内助産という言葉に対して誤解が結構あったという事実があったと判明した。今は助産師と医師が共同して分娩に取り組むということを経内助産の定義としており、推測にすぎないが、恐らく院内助産ゼロの県というのはその誤解がまだ解けていない県ではないか。

第2回の議論のまとめ（4）

◆分娩時や産後における診療やケアの提供について

- 分娩が開始されると、助産師、医師が四六時中児の監視、そして、母親の監視を行う。
- 新生児が生まれてきて、小児科医が分娩に立ち会う場合もあるし、異常分娩でなければ立ち会わずにということもあるし、ローリスクであっても急にハイリスクに変わることもありますので、常時待機しているというような状態である。その後は、正常新生児であっても、新生児について、小児科医がいる病院であれば、毎日チェックをすることになる。
- 出産は非常に個別性が高く、進み方は人それぞれ、進行状態は刻一刻、時には瞬時に変化する。助産師は、変化する母体と胎児の健康状態を随時観察し、判断を行い、産痛緩和や栄養補給など必要な支援と、先ほど御紹介したようなバースプランに沿って産婦自身の力を引き出し、個別的なケアを提供する。同時に、ガイドライン等を遵守し、安心・安全な出産に向けてケアを提供している。
- 助産師は産婦に寄り添いながら、生活援助も提供しつつ、産婦からの主訴や身体情報から分娩進行状態を評価し、正常な経過をたどっているかを評価している。同時に、正常からの逸脱が見られる場合には、直ちに医師に報告し、必要なケアを引き続き行っている。異常に転じたからといって助産師のケアが中断されたり、助産師が全く関わらない状況になることはない。
- 分娩期は個別の高い様々な変化が起こるので、助産師は医師に常時報告を行いながら、安全でかつ満足度の高い出産体験となるよう、ケアを提供し続けている。
- 少子化に伴い、産科関連病棟の多くが複数他科との混合病棟となっており、妊産婦と他科患者を同時に受け持つ状況が生じている。刻々と変化する状態に関して綿密な観察や対応が求められる状況において、分娩進行中の産婦と他科患者を受け持つ状況は双方にとって安全とは言い難い。
- 産後入院の数日間で妊産婦と家族が退院後の育児をスムーズにスタートできるよう、メンタルヘルスも含めた支援を届けている。
- 助産所は家庭的な環境の中で、安心してきめの細かい、一人一人に合わせた妊娠期から育児期までの継続的な助産ケアを行うことが可能。また、助産所は必要な医療機器や設備を備え、エビデンスに基づいた助産ケアを行える実践能力と環境を整備し、緊急時の連携体制を確保している。
- 助産所で正常からの逸脱、もしくはそれが予想される場合には、助産業務ガイドラインに沿って適切に高次医療機関施設と連携して搬送するようにしている。出産の現場における助産所の使命は、低リスク妊産婦を安全に管理し、女性が満足できる出産をサポートすることになる。そのためには、助産所の嘱託医・嘱託医療機関との連携体制を整えている。
- 妊娠、出産から産後のケアは、助産業務ガイドライン及び産婦人科診療ガイドラインを遵守している。この助産業務ガイドラインは、助産所で出産できる低リスクの妊婦について決めた妊婦管理適応リストと、分娩急変したときの対応の決めごとが含まれている。