



「出産費用の無償化について」 — 標準的分娩の給付水準75万円以上について —

妊娠・出産・産後における診療やケアの内容等に関する検討会
2026年10月1日

公益社団法人 日本産婦人科医会

講演内容

- 分娩費用の無償化の流れと本会からの要望
- 周産期医療の世界的レベルと体制(システム)
- 分娩取扱い機関の減少
- 妊娠・出産、育児期を通じた母児管理の報酬上の建付け
- 出産費用等の無償化への懸念と課題
- 2022年～2026年、本会医業推進部/委員会が行った出産費用に関する調査・研究(日医総研ワーキングペーパー No.487も一部含む)
分娩費用と経営の実態
- 分娩費用・供給体制などに関する検討会・医療保険部会の検討経緯
- 周産期医療供給体制の確保に向けた今後の検討にあたって

分娩費用の無償化：給付の流れ

- 菅元首相が、2023年3月少子化対策を巡り、「**出産費用を保険適用とし、（それ以外の）個人負担分を（国が）支援する方が現実的**ではないか」との考えを打ち出し、岸田元首相が、2023年6月、「**費用の見える化**」を進め、**多様なサービスを皆様が選べる環境を整えながら、第2ステップとして2026年度からの「出産費用の保険適用」**などを進める、と発言された。
- 2024年の骨太の方針が閣議決定され、「居住地によらず安全に分べんできる周産期医療の確保」が盛り込まれ、2024年6月から約1年間分娩費用等の無償化についても「**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**」で10回議論され、2025年5月に3本の柱（①**標準的な出産費用の自己負担無償化と安全で質の高い周産期医療提供体制の確保の両立**、②**希望に応じた出産を行うことのできる環境を整備**する。③**妊娠期、産前・産後に関する支援**する）がとりまとめられた。
- 「健康保険法等の一部を改正する法律（令和8年法律第31号）が6月5日公布。」
- 日本産婦人科医会の見解：
 - ・妊産婦さんの分娩などの経済的負担軽減には賛成するも制度の変更によって世界に冠たる優れた周産期医療供給体制が堅持できることが前提である。
 - ・産科医療は、救急医療と同様に、社会的インフラであり、**単なる集約化に頼るのではなく、一次と高次医療機関との機能分担と強固な連携、国による基盤の構築が不可欠**である。
 - ・国は、医療保険財源だけではなく、別の財源も考えるべきである。しかも、現在、物価高・人件費などの高騰で経営に行き詰っている機関への早急なる経済的支援が必要である。

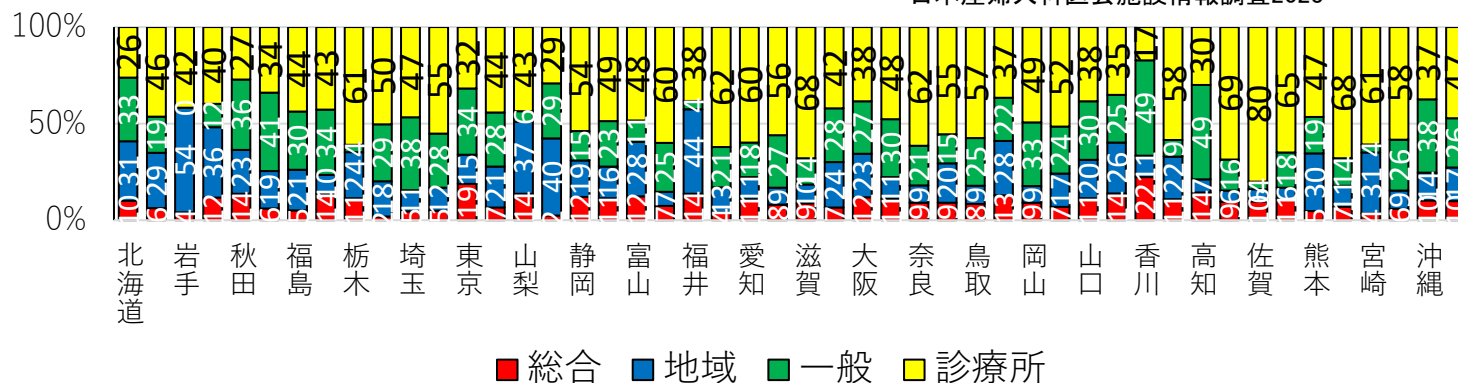


施設別分娩数割合
産科診療所：47%
一般病院：26%
地域：17%
総合：10%

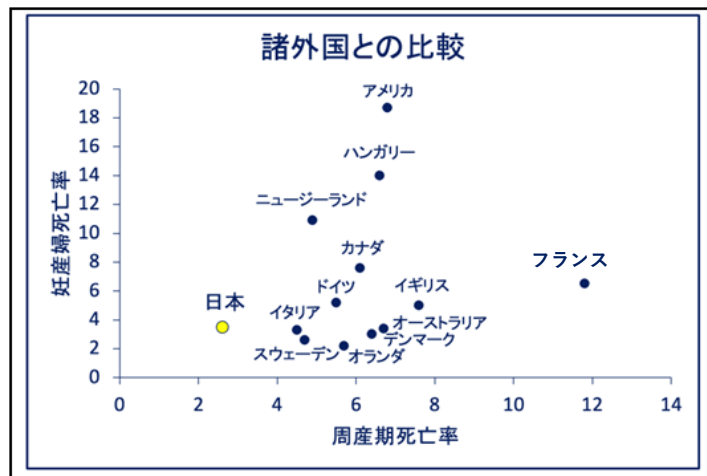
分娩割合の18年間の推移
診療所：3% ↓
病院：10% ↓
地域：7% ↑
総合：5% ↑

都道府県における施設毎の分娩取扱割合

日本産婦人科医会施設情報調査2023



診療所の分娩割合は、中京圏と九州で高く、首都圏、大阪周辺、北海道・東北で低く、全国一律ではない。



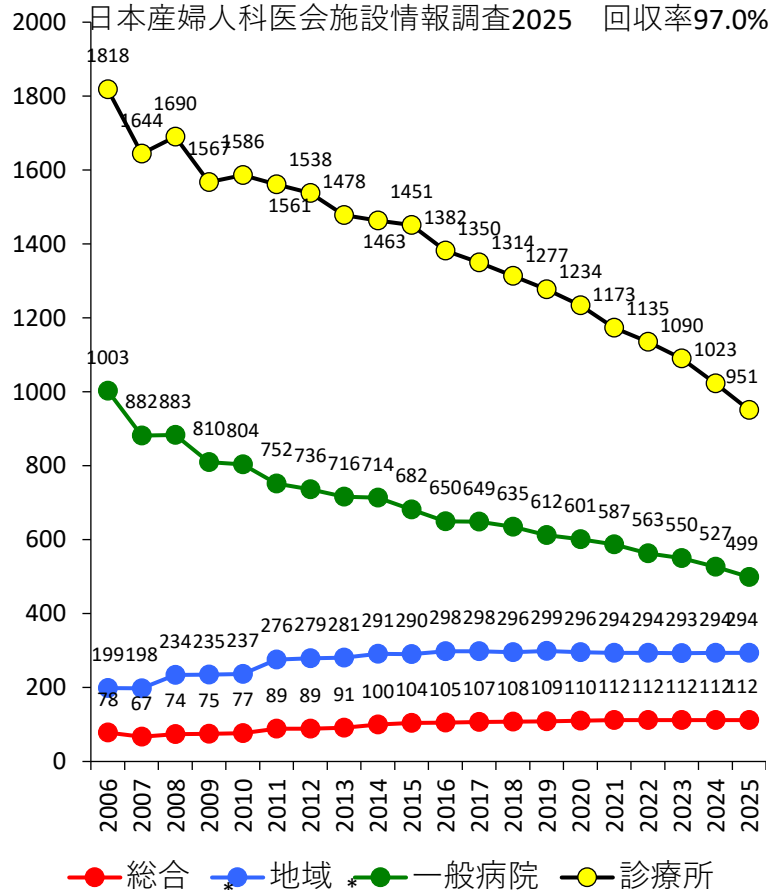
厚生労働省人口動態統計2022年より作成

	周産期死亡率	妊産婦死亡率
日本	2.6	3.5
カナダ	6.1	7.6
アメリカ	6.8	18.7
デンマーク	6.4	3
フランス	11.8	6.5
ドイツ	5.5	5.2
ハンガリー	6.6	14
イタリア	4.5	3.3
オランダ	5.7	2.2
スウェーデン	4.7	2.6
イギリス	7.6	5
オーストラリア	6.7	3.4
ニュージーランド	4.9	10.9

日本は、診療所の分娩を中心とする小規模分散型の医療提供体制で、周産期母子医療センターなどとの強固な連携システムを構築し、諸外国と比較し、最も安全なレベルの周産期医療を提供している。
また、これらを維持するため、相応の資金を投入し、諸外国とは比較にならない高いレベルの医療安全管理を行なっている。

周産期医療の現状と課題

分娩施設数の推移



*総合、地域は周産期母子医療センター

公益社団法人日本産婦人科医会

2006年→2025年比較

分娩取扱施設: 3,098→1,856 (**40%減**).
 分娩取扱診療所: 1,818→951施設 (**48%減**).
 一般病院: 1,003→499施設 (**50%減**)
 (129施設は周産期指定受け実際は**47%減**).
 総合: 78→112施設 (**44%増**).
 地域: 199→294施設 (**48%増**).

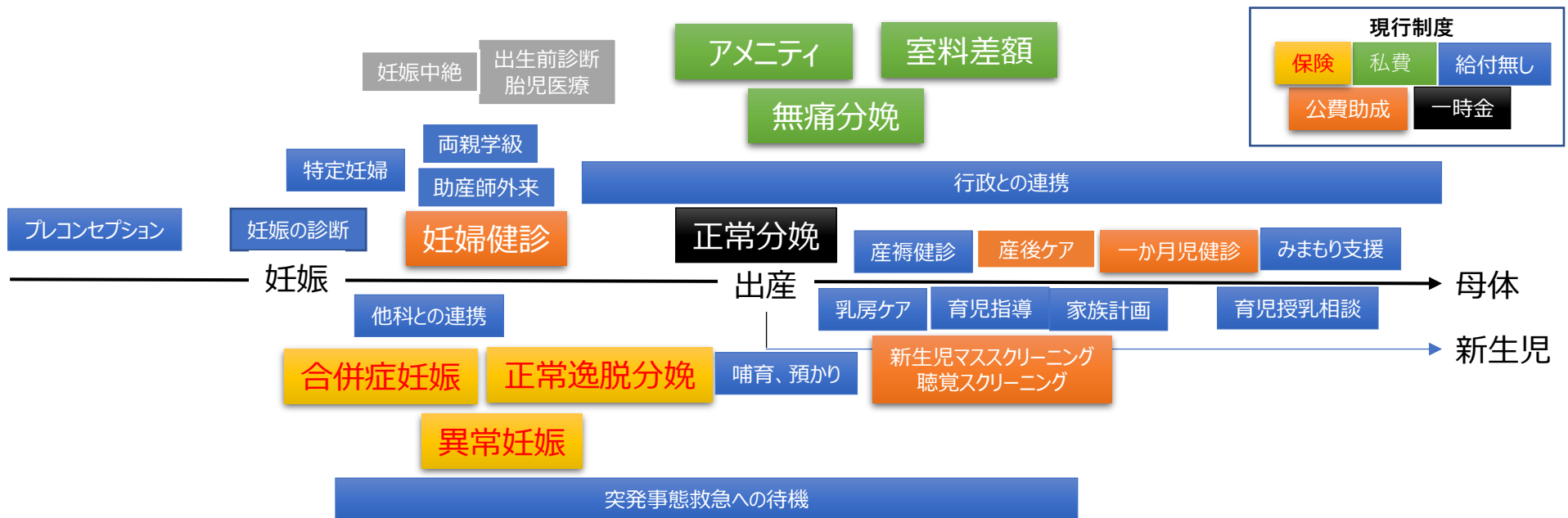
前年比較

分娩取扱施設: 100施設減.
 分娩取扱診療所: 72施設減.
 一般病院: 28施設減.

周産期母子医療センター 不変

- 一次施設の減少は地域医療提供体制に大きく影響する.
- 全国約1700の市町村のうち, **1041市町村**には産科施設がない(約6割).
- 全国335の二次医療圏のうち**11医療圏**には産科施設がなく, 272の周産期医療圏のうち**6医療圏**には産科施設がない.

妊娠前、妊娠中、出産、産褥、育児期を通じた 母児（胎児、新生児）管理の給付上の建付け



- 周産期医療は同時に2つの命を取り扱う
- 出産中に限らず一定の確率で起こりうる不測の事態の対応にコストがかかる
- 行政との連携や合併症妊娠などでの他科の連携などは評価されていない
- 育児指導、栄養管理、カウンセリングやメンタルヘルスケアなど未助成や点数未設定の項目が数多くある
- 無痛分娩やアムニティなど多様なニーズに対応する必要がある
- “正常分娩”に保険適用化した場合、混合診療との切り分けが複雑化

1. 安全面での課題

都市部では病院出産が多く、地方では有床診療所出産が多い。この小規模分散型体制で世界の周産期医療水準を達成してきたが 無償化 によりその体制と安全性に影響が出ないか。

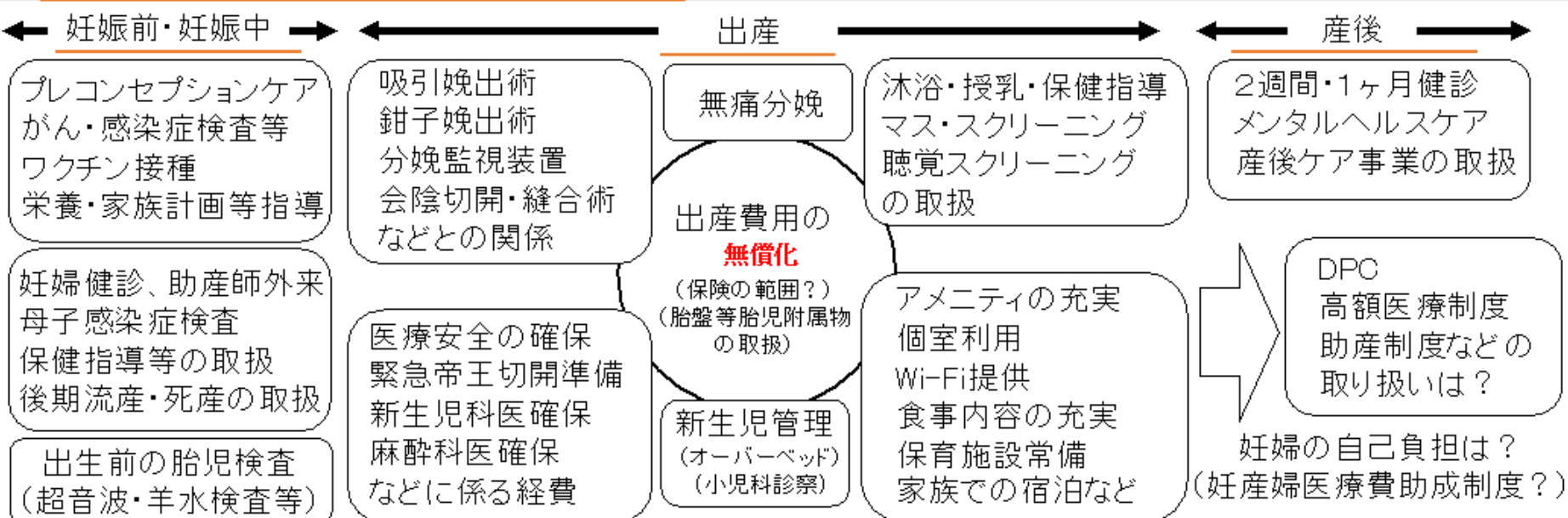
2. 妊婦の望む出産場所の確保

出産場所選択理由の第一位は医療施設へのアクセスで、全国約半数の妊婦は有床診療所を選択している。出産費用は、地域ごとの所得、地代、賃金などに依存し、全国一律ではないが 無償化 によりそれぞれの地域で施設が維持できるか。特に影響の大きい産科専門施設の撤退や質の低下など妊産婦に不利益が生じないか。

3. 妊産婦の多様なニーズに対応してきた体制の維持

妊産婦の送迎、出産前後の施設外宿泊施設確保、土日・夜間の健診、超音波検査画像・動画の提供、自由な面会時間、個室利用、食事内容の充実、家族の宿泊、保育施設併設など妊産婦が希望してきたサービスの維持が可能か。

4. 正常分娩に係る他の医療行為や管理との関係

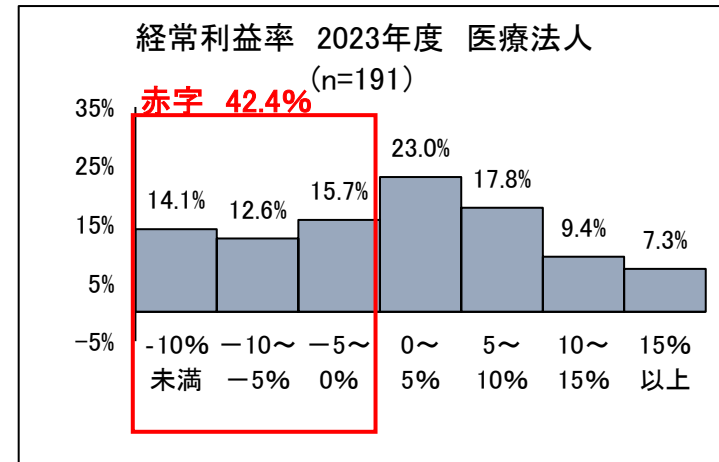
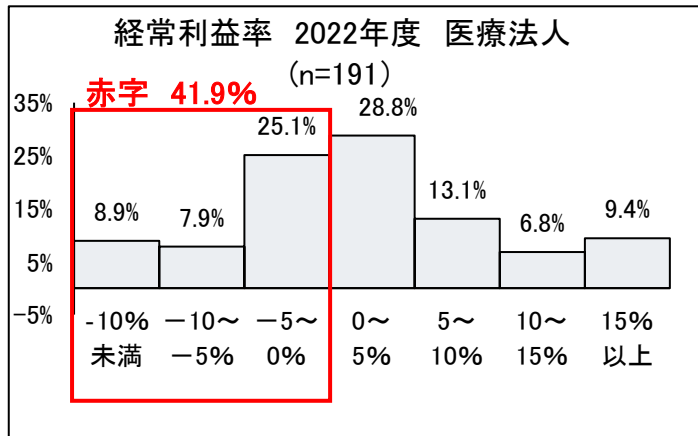


出産費用 無償化 する場合、医療安全の確保や妊産婦と新生児の多様なニーズに対応するサービスが損なわれることのないよう、上記諸事項に特段の配慮が必要になる。

2022年～2026年、本会が行った出産費用に関する調査・研究

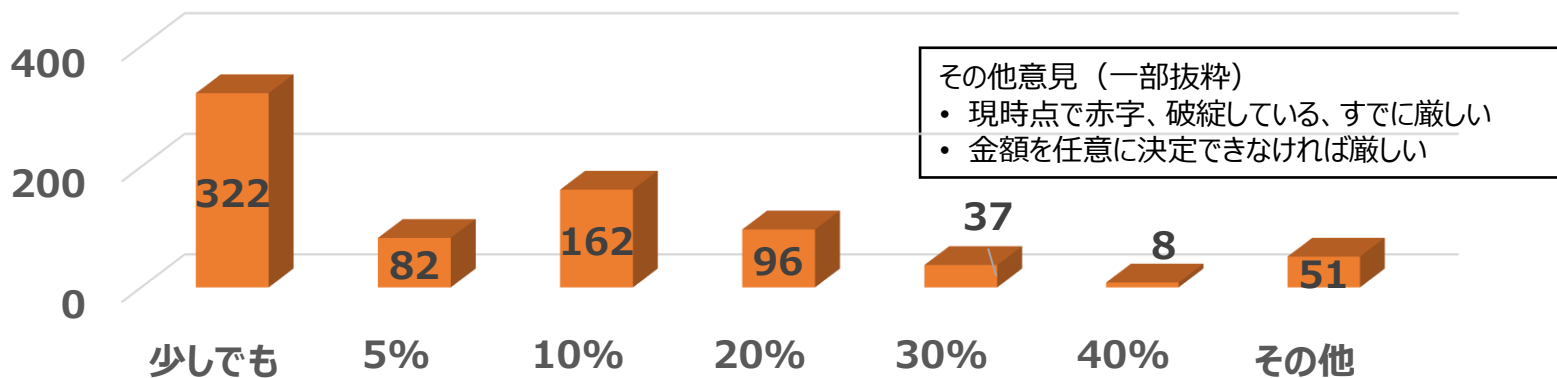
- **分娩費用の調査2022**
 - 2022年10月に分娩取扱1170施設(カバー率57.7%)で標準的入院期間、妊婦合計負担額)、分娩料、分娩介助料を調査
 - 直接支払制度明細は記載にコンセンサスがない懸念が大きく給付水準設定に向かない
- **産科診療所特別調査2024(日医総研) スライド9**
 - 日本産婦人科医会・日本医師会総合政策研究機構により調査(調査時期:2024年9月2日～10月15日):法人である産科診療所の経営実態を調査(有効回答率44.9%)
 - 医療法人191施設の医業利益率は2022年度3.0%、2023年度2.0%に低下、経常利益率は2022年度3.4%から2023年度3.0%と悪化。赤字施設の割合は42.4%。
 - 地方部では分娩の減少が、都市部では物価高騰、賃上げ等による医業費用の増加により経営悪化、2023年の出産育児一時金の増額による産科診療所の経営改善は見られず。
- **地域における産科診療施設の事業継続見込みに関する調査2024 スライド9、10**
 - 2024年5月に4分娩取扱の現状と今後の方針、その判断のもととなる要素を調査、回答率2,304/4,069件、56.6%(分娩取扱あり828/1,417件、58.4%(うち有床診603件)、なし1,476/2,652件、55.7%)、一部は日医総研の協力を得て再解析実施。
 - 可能な限り分娩継続を目指す施設が7割、具体的に中止を考えている施設が1割弱、状況による中止を考えている施設が2割弱。継続可否のポイントはまずは、分娩収入、コスト(特に人件費)、次いで助産師看護師確保、自身の年齢体調、常勤医師確保、そして安全要求水準、正常分娩の保険適用、非常勤医師確保、事業承継(後継者)
 - 分娩数が現状より10%減少すれば経営維持困難と考える施設が7割、年齢的には多くの施設で5から10年で限界点に到達
 - 分娩中止によりアクセスが60分以上悪化する施設が2割以上あり、その影響は分娩のみならず妊婦健診、そして婦人科診療全般にいたる
- **出産原価の算出(2024、25、26、本会医業推進委員会での経年的研究) スライド 11、12、13**
 - 出産に係る業務の労務時間の実測ならびに経費実績と140施設からの調査回答を組み合わせ出産一件あたりのコストを積上げて原価算出。
 - 28年の標準的な出産にかかる推計原価は716881円、利益率3%とした“価格”は738387円。
- **分娩取扱継続に必要な出産費用調査2026 スライド14、15**
 - 2026年4月有床診療所923施設、私的病院(産科単科ないしこれに準じる施設)122施設に調査票送付、回収率 654/1,045件(62.5%)。
 - 分娩取扱627施設(2024年総分娩数約260,000件*(同年全国出生の38%))が今後も自施設で正常分娩を継続して取り扱うために必要と推定する出産費用はオプションを含まない標準的な管理を賄う範囲で73万円(地域別では72～76万円)。

産科診療所の特別調査 一経営状況(医療法人)



日本産婦人科医会・日本医師会総合政策研究機構により調査(調査時期:2024年9月2日~10月15日)

事業継続を断念せざるをえない分娩数の減少基準



事業継続見込に関する調査

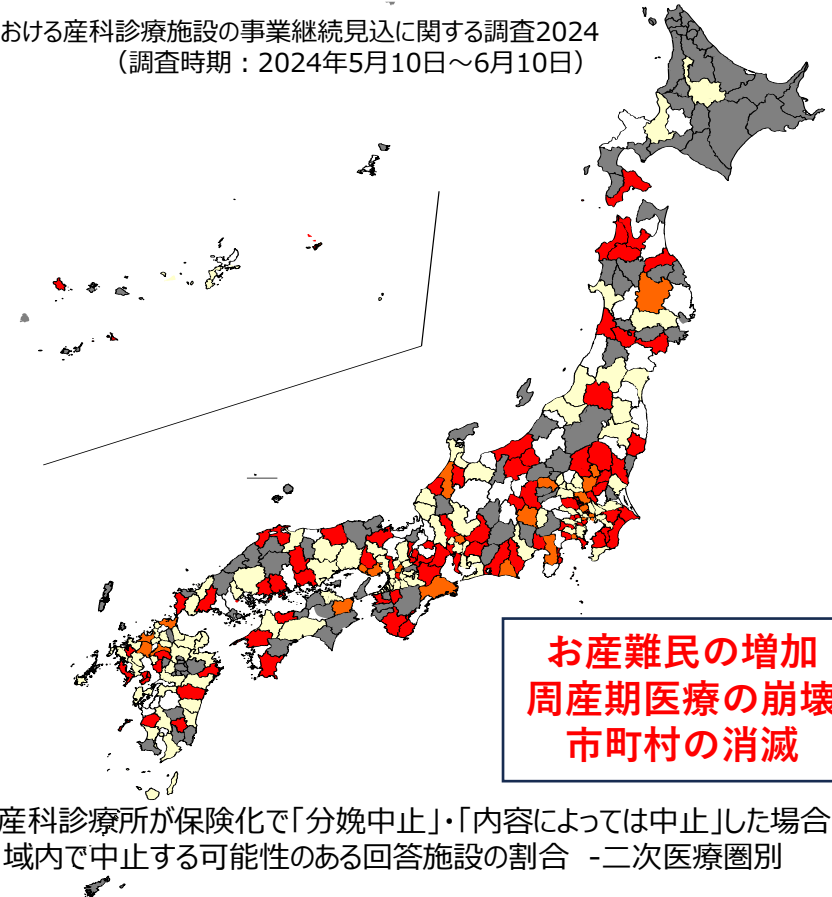
地域における産科診療施設の事業継続見込に関する調査2024
(調査時期：2024年5月10日～6月10日)



全回答施設が中止の可能性	n=86
7割以上の回答施設が中止の可能性	n=24
7割未満の回答施設が中止の可能性	n=99
産科診療所はあるが、調査への回答なし	n=42
産科診療所がない (R5.医療施設調査)	n=84

★中止する可能性がある医療圏 86医療圏
★産科診療所がない二次医療圏 84医療圏
TOTAL 170医療圏 (二次医療圏335医療圏中)

**半数以上の医療圏で
産科診療所による分娩ができなくなる
可能性が高い**



図：産科診療所が保険化で「分娩中止」・「内容によっては中止」した場合、域内で中止する可能性のある回答施設の割合 - 二次医療圏別

- 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



出産原価の算出

項目	算出方法（詳細は次、次々ページ）		24年	26年	
出産人件費 (各職種時給 x 出産に係る労務時間)	時間給		358524	368895	
	医師	分娩数300件以上/年の施設の 求人募集より算出（24年）			1施設にて実測
	助産師、看護師、栄養士	24年調査（140施設）の平均値			
緊急対応費用	待機人件費	24年調査（140施設）の中央値 26年は医師は据置、他職種はベースアップ4.5%として算出	70073	73590	
	消耗品	24年調査（140施設）の中央値 26年は物価上昇率5.96% *として算出			
直接経費	機材購入価格／償却期間／使用人数（分娩数）の24年上半期1施設実績 （26年は物価上昇率5.96%上昇として算出）		41860	44355	
間接経費	24年上半期1施設実績 （光熱水費等の合計から入外収入比で配分）		161767	161767	
原価			632224	648607	
利益率3%とした場合の価格			651191	668065	
産科医療補償制度	含まない				
差額室料、アメニティ等の費用	含まない				

28年推計値（対26年比分娩数5%減少、物価/賃金が5%上昇として推計）
 原価716881円、利益率3%とした“価格”は738387円＋掛金12,000円＝750,387円

“出産”は入院から分娩まで、産褥入院中の母体管理および出生後から退院までの新生児の管理を含む



出産人件費（分娩・産褥・新生児管理に係る各職種の**労務時間×時給**の合計）

・ 労務時間

- 2024年7月の群馬県の一分娩取扱施設で、陣痛発来、破水等により入院、同日正常分娩となり正常産褥経過を経て退院した**39例**（初産婦；23、経産婦；16例、分娩時間平均10時間25分）について**全職種がストップウォッチで以下の業務に係る毎に労務時間を実測**
 - 入院・診察介助、入院時の援助・リインフォース案内、モニター装着・観察、検温・バイタル・観察、超音波検査（介助）、導尿 トイレ歩行介助、内診・内診介助、血管確保 点滴管理、間欠・発作・心音の観察、安楽の援助、直接介助…更衣まで、間接介助、新生児蘇生、新生児の・計測と記録、授乳の援助（分娩室）、バルトグラムへの記録と P C への登録、胎盤計測、産後悪露交換、病室への移動、LDRの準備等、分娩エリアの環境整備、申し送り、医師分娩介助、医師診察、医師記録 指示、その他（採血・検査室へ）、その他（配膳・準備・後片付け）、早期接触の援助（カンガルーケア）、清拭等保清ケア、使用機材の洗浄滅菌、分娩台の消毒、検温・バイタル・観察、オムツ交換、授乳、ケイブ・シロップ 準備・服用、D r 診介助、沐浴、写真撮影、A° レ・モロ反射・点眼、聴力検査、加齢記録・確認、移室の準備、新生児室環境整備、調乳、授乳室環境整備、申し送り記録、哺乳びん洗浄と消毒、新生児預り、医師診察、タンデム・ビリルビン、ミルタ、スケジュール説明、外陰消毒・悪露交換、乳頭ケアと自己管理法、直母介助、母児同室説明、メンタルヘルスケア、聞き取り・支援連絡調整、沐浴指導・介助、育児指導、骨盤底筋強化指導、データ報告・連絡、退院時沐浴、先天代謝異常の検査、ケイブ・シロップ 服用、栄養指導、母子手帳・出生届作成・説明、診療録・看護記録記載、診察・指導、採尿について説明、血圧測定、血液検査、カンファレンス・申し送り、

・ 各職種時給

- 医師については大手医療系求人サイトから**12施設**（宮城、群馬、東京、神奈川、千葉、埼玉、愛知、大阪、兵庫、鳥取、福岡、熊本）の**分娩数300件以上/年の施設の求人募集状況より算出**（24年6－7月に調査）
- 助産師、看護師、准看護師、管理栄養士については2024年6－7月に各職種の給与を調査、**全国140施設からの回答をもとに算出**
- 労働時間を以下の通りとして時給を算出
 - 医師 40時間／週＋時間外労働（960時間；A水準）
 - 看護職 40時間／週（1月4回の夜勤、月1回休日勤務含）
 - 管理栄養士 40時間／週

時間給（円）	平均値	最小値	25%ile	中央値	75%ile	最大値
医師	7831	7564	6250	7564	8882	9868
助産師	2481	1678	1977	2513	2657	2970
看護師	2209	1542	2087	2226	2530	3193
准看護師	1998	1293	1802	1983	2201	2689
管理栄養士	1801	1163	1593	1849	2011	2291

医師給与は12施設の求人情報より、他職種は140施設の調査回答より算出

緊急対応費用

医師やスタッフの宿日直・待機料、ダブルセットアップなど、安全な出産管理のために必要であるが請求されていない費用として令和6年4月1日～6月30日における分娩数および以下の項目を調査、**全国140施設の回答より分娩一件あたりの費用を算出**

- ・ 分娩のための医師、看護職員の宿日直回数、人数、実働した場合に支払われる報酬と実働実績、1回（時間）当たりの待機報酬
- ・ 消耗品（救急カートの常備品など）の購入費用

	平均値	最小値	25%ile	中央値	75%ile	最大値
人件費	67991	4917	31296	56928	90737	177394
消耗品費	15225	112	2080	15225	10400	21210
合計	81517	169	46683	70073	104743	191674

140施設の調査回答より算出

直接経費

- ・ 1件当りの使用機材等の費用（材料費を除く）
- ・ **群馬県の一分娩取扱施設の24年上半期**の実績値を用い、機材購入価格／償却期間／使用人数（分娩数）として算出
 - ・ 対象機材は分娩監視装置（システム）、鉗子、鑷子、吸引器、超音波断層法診断装置、持針器、分娩鉗子、吸引カップ、自動血圧計、臍帯剪刃、胎盤鉗子、麻酔器、インファントウォーマー、腔鏡、血液ガス測定器、輸液ポンプ、児体重計、聴覚検査装置、パルスオキシメーター、新生児聴診器、電子体温計、黄疸計、新生児計測用メジャー、陣痛室ベッド、分娩台、バブルシリンジ

間接経費

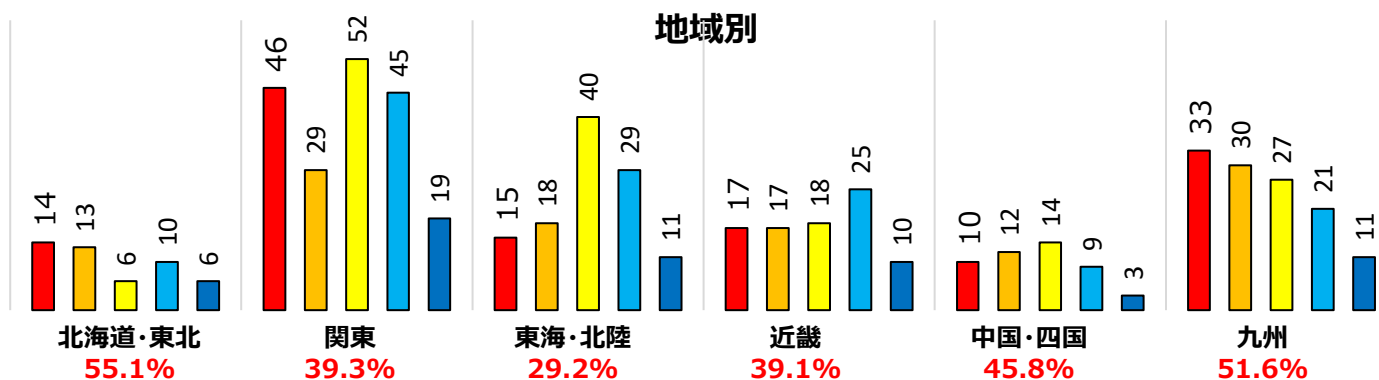
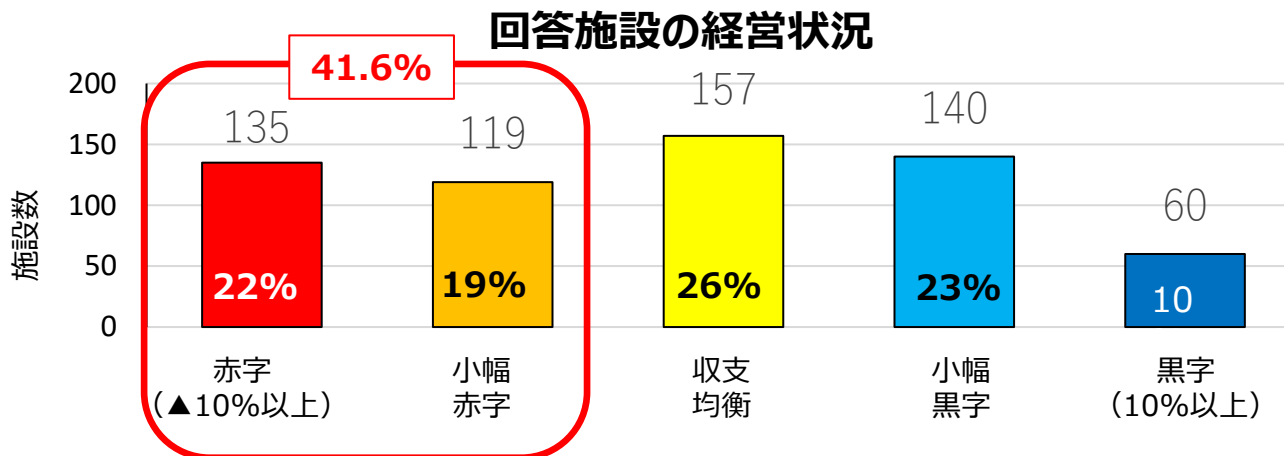
- ・ 1件当りの施設運営に係わる費用
- ・ **群馬県の一分娩取扱施設の24年上半期**の実績値を用い、
- ・ 医薬品・医療材料費、委託費、消耗品費、水道光熱費、修繕費、広告宣伝費、接待交際費、租税公課、研究研修費、その他経費、減価償却費、賃借料、保険料について、外来入院の収入比、入院患者数（新生児、産後ケアを含む）より1日一患者あたりを算出し、入院期間を6日として算出

本調査の限界	機材価格、地代・賃貸料等による間接経費の施設間差異が未反映 分娩と他診療の按分比率、および開業時期による影響が未反映
本調査の強み	類例のない「実測値」に基づく原価算出（独自の価値） 多施設データの追加統合による、さらなる数値の補強と信頼性の向上



分娩取扱継続に必要な出産費用調査(2026年)

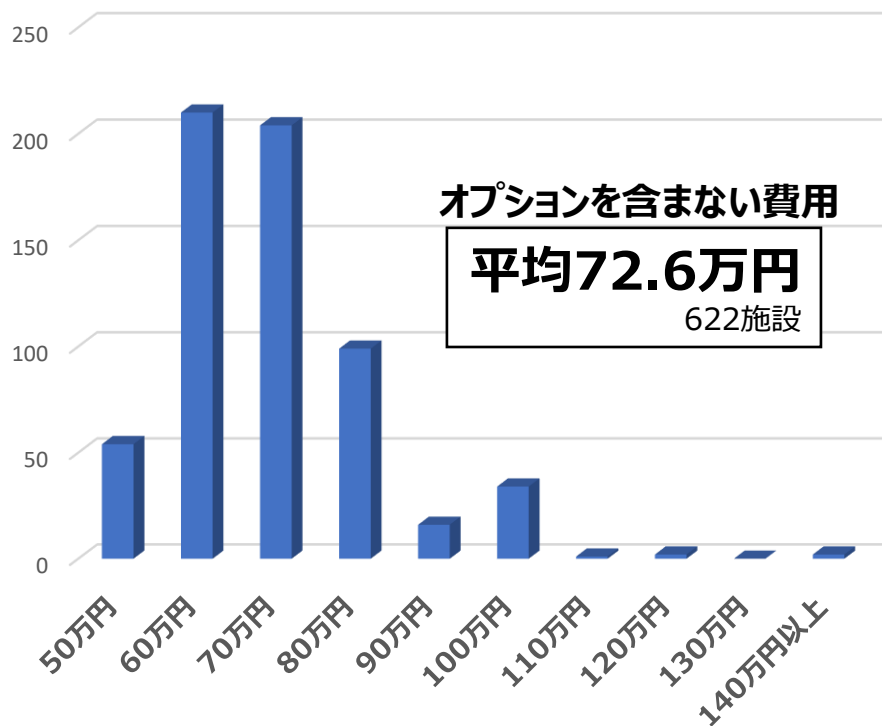
調査対象：有床診療所923施設、私的病院（産科単科ないしこれに準じる施設）122施設、回収率：654/1,045件（62.5%）



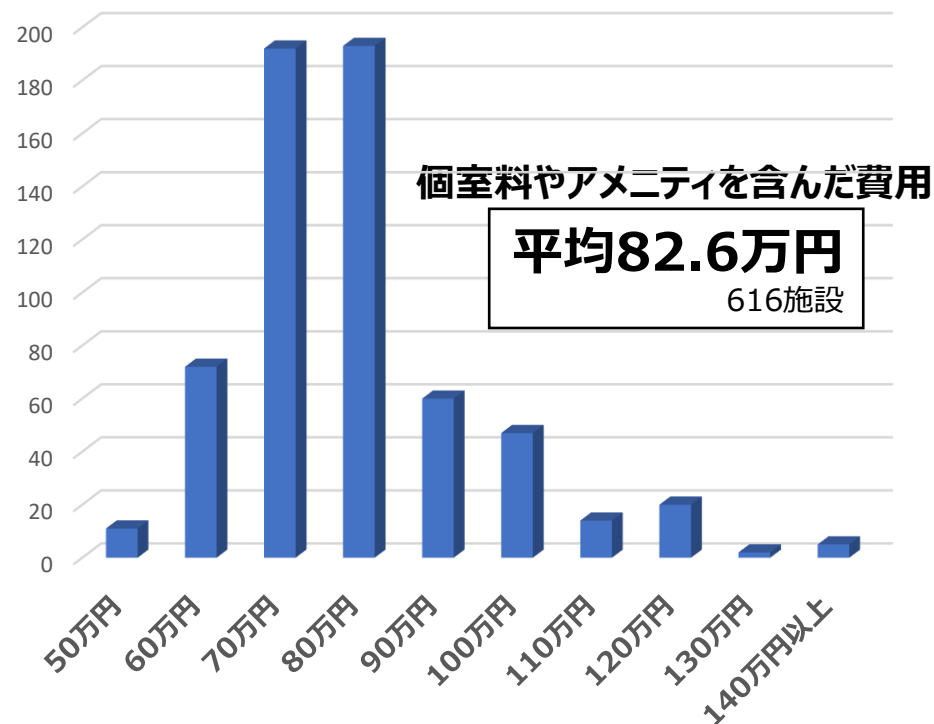
約40%の施設が赤字経営を余儀なくされており、特に施設あたり分娩数が少ない地域でその傾向が顕著



各施設が正常分娩（経膣分娩）の取扱を継続するのに必要と推定する出産費用



	全国	北海道 東北	関東	東海 北陸	近畿	中国 四国	九州
施設数	622	51	195	113	90	48	124
金額 (万円)	72.6	75.1	72.3	73.7	75.0	74.8	76.4



	全国	北海道 東北	関東	東海 北陸	近畿	中国 四国	九州
施設数	616	51	193	112	89	48	122
金額 (万円)	82.6	85.4	81.7	84.4	86.5	83.9	87.0

28年推計値は原価716881円、利益率3%とした“価格”は**738,387円**、さらに産科医療補償制度掛け金**12,000円**を加えて

750,387円（≒75万円）となります。

金額回答値の分布をヒストグラムとみなして算出



平均出産費用52.0万円と本会75万円の関係

「平均出産費用」は現行の“価格”であり、“原価”ではありません

段階	根拠	加算	累計（万円）
① 平均出産費用（令和6年度）	直接支払データ（室料差額・掛金等を除く）＝現行の価格	—	52.0
② 2028年時点への補正	令和元→6年度の実績上昇（年率約2.5%）×4年（本会試算）	+5.4	57.4
③ 産科医療補償制度掛金	現行の一時金も掛金1.2万円を別建て	+1.2	58.6
④ 原価と価格の差	本会原価71.7万円＋掛金。診療所の約4割が赤字＝価格が原価を下回っている	+14.3	72.9
⑤ 適正利益3%	設備更新・事業承継の原資	+2.2	75.0

- ・ ④⑤の合計（約16万円）は、現在は施設が赤字や持ち出しで吸収している部分です。
- ・ 原価（④：72.9万円）は、方法の異なる必要額調査（72.6万円）とほぼ一致しています。
- ・ 原価は正常分娩39例の実測にもとづくもので、保険診療（療養の給付）の分は含みません。

日本産婦人科医会が考える分娩施設存続に必要な標準的分娩費用の給付水準

- 産科診療所は加速的に減少しており、4割以上の施設が赤字に陥っている。その要因は都市部における物価や賃金の高騰、地方における分娩数の減少である。今後の分娩継続については、約4分の1（25.4%）の施設が分娩中止を視野に入れている。
- 継続の成否を分けるポイントは分娩収入とコストのバランスであり、7割の施設は「分娩数が10%減少すれば経営維持困難」と考えている。さらに、助産師・医師の確保や事業承継に加え、開設者の年齢・体調（10年以内に半数の施設が臨界）も大きな障壁である。

仮にこれらが分娩を中止した場合、妊産婦診療へのアクセスが60分以上悪化する地域が2割以上にのぼり、妊婦健診や婦人科診療全般へ深刻な影響が懸念される。今回の標準的分娩費用の無償化と給付水準が分娩継続のポイントとして重要視する声も多い。

- 新たな給付水準の具体的な金額や制度設計を行うにあたっては医療安全対策、24時間体制の維持、人件費上昇など、持続可能な供給体制に不可欠な「総コスト」や現在の診療報酬体系にないケアを正に評価すべきである。出産育児一時金等の直接支払制度の明細からは費用の中身を可視化しての議論は難しい。**厚労省が示す平均出産費用（令和6年度52.0万円）は現行の「価格」であり、4割の施設が赤字の状態で成り立っている水準で、「原価」ではない。**
- 本会が現場の実態に即して行った調査（実測および多施設実績値を含む積上計算）によると、2028年の標準的な出産原価は716,881円、適正利益（3%）を勘案した価格は738,387円となった。分娩取扱627施設（2024年総分娩数約260,000件*（同年全国出生の38%））が今後も自施設で正常分娩を継続して取り扱うために必要と推定する出産費用はオプションを含まない標準的な管理を賄う範囲で73万円（地域別では72～76万円）。またインフレや少子化の進行に合わせてスピーディーに検証と見直しを頻繁に行う「柔軟な調整メカニズム」の導入も必要である。**標準的な出産費用等の給付水準は75万円以上**と考える
- 医療費に対する出産費用の直接支援（出産育児一時金総額）の割合はこの20年低下を続け、2024年はわずか0.7%である。少子化対策のみならず、女性のヘルスケアの基盤インフラとして十分な財源投入を行うこと、そして給付水準以外にも制度の課題も多いことから、現場関係者を含めて丁寧に時間をかけて制度設計を行うことを要望する。

移動距離と周産期医療機関の集約化の懸念および妊産婦満足度

オーストラリア: Aust J Rural Health 2011;19:9-18

診療施設までの 通院時間>1時間	精神的ストレス	7.4倍
----------------------------	---------	------

オランダ: BJOG 2011;118:457-465

病院までの 自動車通院時間>20分	母体の死亡率・有害事象	1.17倍
	24時間以内の新生児死亡率	1.51倍

カナダ: BMC Health Service Research 2011; 11:147-154

病院までの 移動時間>1時間	院外出生	6.41倍
	NICU入院	2.20倍

カナダ: Journal of Rural Health 2011;27:211-219

病院までの 移動距離>50km病院	35歳以上の産婦:死産	1.51倍
	新生児死亡	1.47倍

- 分娩数の減少が著しい中、施設の重点化が必要であるが、社会がアクセスの悪化をどの程度許容するのか？
- 地域の周産期医療体制における施設の重点化をどのような方向性で行うかを決めて、特に地方の基幹施設を支援していかないと、地域の周産期医療体制の崩壊が先行することになりかねない（崩壊後の再構築は難しい）
- 出産施設までの距離、自分で選んだ施設で出産することは有位に満足度と関連する。一次施設で満足した（96.4%）、大学病院で満足した（61%）。1時間以上かけて通院・分娩する妊産婦は少数（6.1%）

厚労科研 子ども家庭総合研究事業：分娩拠点病院の創設と産科2次医療圏の設定による産科医師の集中化モデル事業：平成18～20年度分担研究：九大周産母子センター

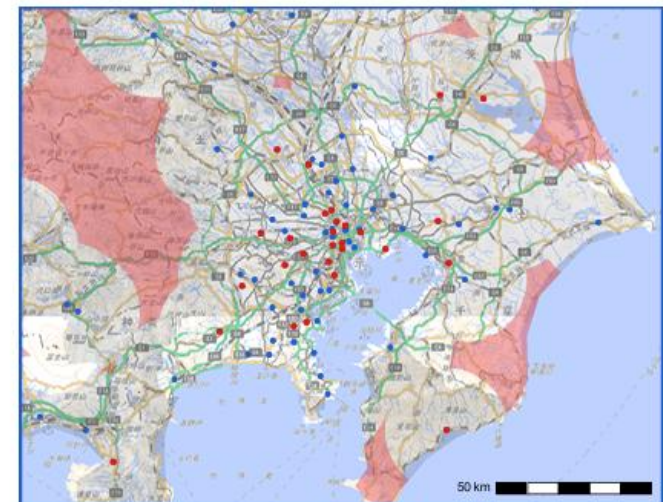
周産期母子医療センター配置図（20km圏外を赤色）

厚生労働省 令和8年4月1日現在

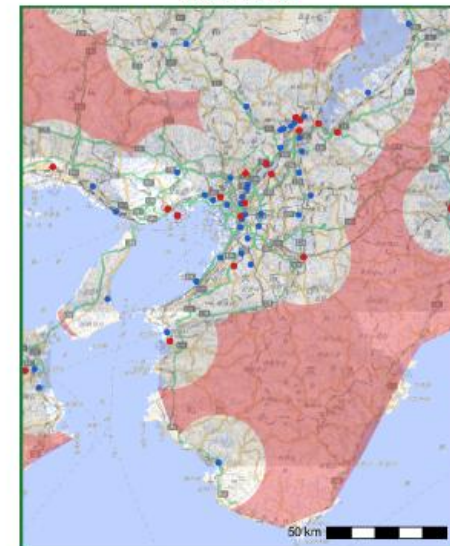


出典：厚生労働省 公表資料に基づく 地図データ：地理院タイル（国土地理院 淡色地図×陰影起伏図）
距離：直線距離（測地線） ※海域は除く陸域のみ表示

首都圏拡大図



近畿圏拡大図

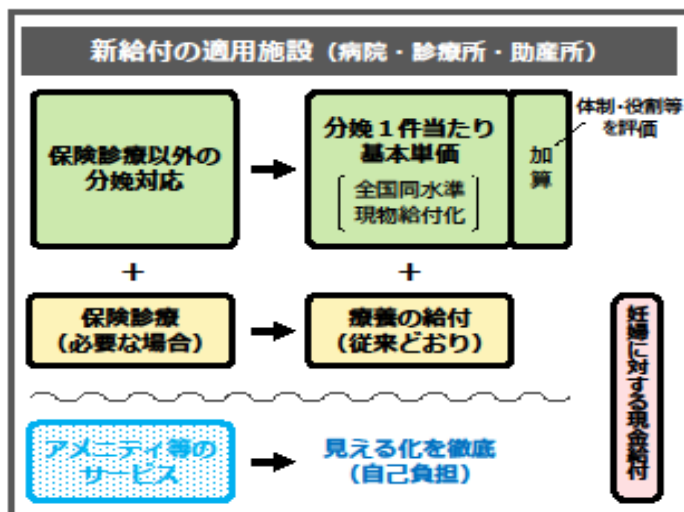
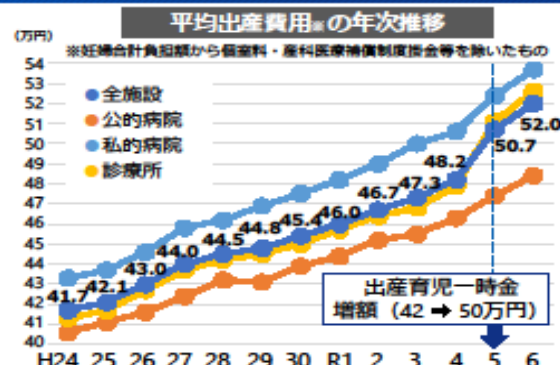


「健康保険法等の一部を改正する法律案」が令和8年5月29日に成立

妊娠・出産に対する支援の強化

趣旨・概要

- 出産費用が年々上昇する中、現行の出産育児一時金は、支給額を引き上げても妊婦の負担軽減につながらないという課題があり、妊婦の経済的負担の軽減を図るには、給付方式の見直しが必要。
- ①一次施設をはじめとした地域の周産期医療提供体制の維持
②見える化の徹底による、妊婦自身が納得感を持ってサービスを選択できる環境の整備を実現しつつ、出産の標準的な費用（保険診療以外の分娩対応の費用）に妊婦の自己負担が生じない仕組みとし、保険診療の一部負担金などのその他の費用にも一定の負担軽減が図られるようにする。



※ 施設の選択により、当分の間、施設単位で現行制度の適用も可能

(1) 出産育児一時金に代わる給付方式の導入

1. 分娩1件当たり基本単価の設定（現物給付化）

保険診療以外の分娩の基本単価を国が設定。
保険者から施設に直接支給（現物給付化）し、妊婦に負担が生じないようにする。
※ 具体的な給付水準は告示事項。施設の体制・役割等を評価して加算を設定。

2. 全ての妊婦に対する現金給付の導入

1. とは別に、保険診療の一部負担金など出産時の費用負担の軽減を図るため、全ての妊婦に定額の現金給付を行う。※金額は政令事項

3. 新たな給付方式の導入時期

施設の選択により、当分の間、施設単位で現行制度（出産育児一時金）の適用を受けることも可能とする。
※ その他、新制度の対象助産所・助産師を厚生労働大臣が指定・登録する仕組み等を設ける。

(2) サービスと費用の関係の見える化の徹底

妊産婦が自身のニーズに応じたサービス（お祝い膳等）を納得感を持って選択できるよう、施設が提供するサービスの内容・費用等に関する情報提供を義務付ける。

○ 併せて、地方交付税措置を講じている妊婦健診についても、「望ましい基準」内の検査の実施に係る標準額の設定や、見える化の推進を図る。13

今後の検討にあたって

制度の目的は、妊婦の経済的負担の軽減と安心して出産できる環境の整備である。
同時に、地域の分娩施設が存続できる経済的基盤の確保も不可欠である。

最後に、本会からのお願いを3点申し上げます。

第一に、標準的な正常分娩の分娩1件当たり基本単価は、少なくとも75万円以上としていただきたい。

第二に、給付水準の設定にあたっては、医療安全、24時間体制、人件費、待機体制、機器、現在の診療報酬では十分に評価されていない業務などを含め、実際の総コストを評価していただきたい。

第三に、制度開始後も、施設数、分娩数、地域ごとのアクセス、経営状況などを継続的に検証し、必要であれば迅速に給付水準を見直す仕組みを設けていただきたい。なお、**本会の原価と厚労省の実態調査の結果との乖離が大きければ、双方のデータを突き合わせて検証する必要があると考える。** 新たな出産の給付は、妊婦の経済的負担の軽減を通じて安心して子どもを産み育てられる社会の実現に資するものであると同時に、地域の周産期医療を支える分娩施設、特に一次施設が今後も分娩を継続しようと考えられる環境を確保するものでなければならない。そのような制度となるよう、今後の具体的な検討に臨みたい、と思います。