厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

第１回検討会における主な意見

厚生労働省 保険局医療課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

前回の主なご意見
（文責：事務局）

（注）主な御意見を事務局で整理したもの。（御意見の趣旨を踏まえて文言を整理している。）

（今後の検討会での資料等について）

○　具体的な議論を進める際は、標準化・見える化を進めるためにどのような制度設計が必要なのか意識して、資料を準備いただきたい。

○　例えば吸引分娩となった場合に、出産育児一時金（保険外）の入院料と療養の給付の入院基本料がどのように算定されているのか。そういう算定構造が非常に複雑なので、分かりやすい資料を次回以降に示してほしい。

○　吸引娩出術、鉗子娩出術、会陰切開等について、分娩数が減っているにもかかわらず、横ばいあるいは増加している。無痛分娩が広く行われるようになり、それが影響しているのではないかと予想がつくが、無痛分娩の割合は地域ごとに異なるので、地域別に検討してほしい。

○　昨今ニーズが増えている無痛分娩は、麻酔管理などにより計画分娩となり、子宮収縮薬が投与されやすく、リスクもあることから、安全な提供体制の確保が求められている。計画分娩の実情や子宮収縮薬の使用状況などについても、実態把握が必要ではないか。令和７年度厚生労働科学特別研究事業で、安全な無痛分娩実施のための体制構築のための研究が報告されているので、本検討会でも共有いただきたい。

○　無痛分娩と新生児仮死蘇生術（１度・２度）の回数にどのような関係があるか、今後見せていただきたい。もし無痛分娩に伴う新生児仮死蘇生術が多いということであれば、今後、無痛分娩が増えると、更に新生児仮死の蘇生術が増えると考えられる。NCPRの普及を含め、新生児に不利益がないよう、体制の評価に加味してほしい。

○　出産が24時間いつでも起こるのと同じように、新生児の急変、状態の悪化、正常からの逸脱は、24時間いつでも起こり得る。こうした点について、新生児科医師・小児科医との連携が取れている診療所・助産所の割合は分かるか。

○　公的病院と診療所では、コスト構造や病棟確保のあり方も含めて違いがある。今後の加算、施設基準を考えていく中では、そういった点を検討できる資料を提示してほしい。

前回の主なご意見
（文責：事務局）

（注）主な御意見を事務局で整理したもの。（御意見の趣旨を踏まえて文言を整理している。）

（出産に係る新たな給付について）

○　新たな給付方法を導入するに当たって何より重要なことは、標準化と見える化である。全国共通のルールで基本単価や加算を設定するのであれば、当然それぞれの施設の体制や医療の質が一定の基準を満たし、それを妊産婦や保険者にも分かるように示す必要がある。

○　新たな給付体系で対応する部分と診療報酬で対応する部分について、役割分担を明確にし、実施されている診療やケアの内容を今後検証可能な仕組みにしていくことも必要。

○　施設数・分娩数、地域ごとのアクセス、経営状況などを制度開始後も継続的に検証し、必要が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。

○　現在、分娩介助料等の自費による診療と療養の給付による保険診療が併存する取扱いとなっている。新制度の移行後も、安心・安全な出産を維持するためには、新たな給付体系と既存の保険診療を併存させるとともに、現場にとって分かりやすい整理が必要。

○　例えば、死産の場合などは、医療従事者だけでなく、支援機関からのサポートも含む個別のケアが必要ではないか。そうした方々が、新たな給付の移行に伴い不利益を被るようなことがないよう、そして必要な支援が受けられるようにすべき。

○　当日の状況で帝王切開に変更になる場合など、どういう状況だったらどうなるのかについて、事前にしっかり妊婦に説明されることが重要。

○　診療報酬の算定方法について、施設によってできるだけ差が生じないよう明確化し、利用者がサービスの内容・費用について事後も確認できるよう、自由診療や選択可能なサービスの部分も含め、明細書発行の義務付けなども検討してはどうか。

○　現在行われている分娩介助等が滞らないよう、登録助産師・指定助産所の登録等には十分な期間を設けるとともに、登録等の必要性やその手続等について、厚生労働省から助産所・助産師に広く周知してほしい。あわせて、分かりやすくまとめた周知用の媒体等も提供してほしい。

前回の主なご意見
（文責：事務局）

（注）主な御意見を事務局で整理したもの。（御意見の趣旨を踏まえて文言を整理している。）

（分娩費の基本単価や施設基準における評価の検討に必要な着眼点について）

○　分娩は多様であり、分娩進行の観察、緊急時への備え、産後の母体管理、新生児の観察、授乳、育児支援など、連続的に提供されている。単なる平均費用で（評価を）決めるのではなく、安全性や医学的必要性、現在の提供内容や実態、妊産婦のニーズなども踏まえた検討が必要であり、体制整備や他施設等との連携も適切に評価することが重要。

○　切れ目のない支援や地域における医療提供体制の確保に向けては、地域における医療機関・助産所、それぞれの連携・役割分担を図ることが重要であり、そうした体制や人員を評価することが考えられる。

○　新生児科医師・小児科医の関与も必要。新生児に何か変化があった場合に対応できる24時間体制があるところを、加算という形で評価し、新生児科医・小児科医との連携に関わる費用なども、この加算で対応できるようにしてほしい。

○　NCPRなど、産科の医療従事者への教育・研修も、新生児専門医の果たすべき役割であり、加算に盛り込んでいただきたい。

○　小児科が近所の助産師から相談を受ける場合の費用についても、出産の費用の中に含むような方向で考えてほしい。

○　給付水準の設定に当たっては、医療安全、24時間体制、人件費、待機の体制、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いただきたい。

○　助産業務ガイドラインの基準に基づき、医療機関との連携体制を構築し、早めの転院・搬送を行っている。転院までの助産ケアの費用や搬送料が算定できず、妊産婦の自己負担になっている現状があり、改善が望まれる。

前回の主なご意見
（文責：事務局）

（注）主な御意見を事務局で整理したもの。（御意見の趣旨を踏まえて文言を整理している。）

（出産に係る新たな給付と周産期医療体制等の維持について）

○　分娩費用を無償化しても、地域で分娩を担う施設がなくなれば、妊婦にとって安心して産める環境は実現しない。個々の医療機関の経営問題だけではなく、いかにその地域の周産期医療を維持していくか、地域の医療アクセスそのものにも関わってくる。

○　妊産婦の経済的負担の軽減と安心して出産できる地域の周産期医療供給体制の維持、この両方を同時に実現する観点から、標準的分娩の給付水準について、少なくとも75万円以上と提案している。

○　制度改正の目的は、妊産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にある。その実現に当たっては、現在地域で分娩を担っている医療機関が、改正後も安定的に運営を継続できることが大前提であり、この視点は決して欠くことができない。

○　（分娩数の減少に応じた医療提供体制の変化は当然あるが、）今まで自由診療の中で運営していた分娩施設が、新たな給付体系への移行によって運営が立ち行かなくなるような制度設計を行うと、地域の周産期医療提供体制の崩壊につながりかねない。

○　現在、周産期母子医療センターから一次出産施設まで、全国に出産のネットワークが構成されている。無償化に伴う議論では、現状が壊れないような制度設計の方向で話を進めてほしい。

○　分娩施設の急激な集約化がすでに始まっており、地理的・時間的な距離がある場所での出産が余儀なくされている。本県では、６ある二次医療圏のうち、半分の３医療圏において、助産所・診療所での分娩ができない。そうした医療圏では、公的病院は分娩・出産の受け皿となっている。

前回の主なご意見
（文責：事務局）

（注）主な御意見を事務局で整理したもの。（御意見の趣旨を踏まえて文言を整理している。）

（保険給付以外での対応について）

○　給付水準以外にも制度の課題が多く残っている。医療保険財源に限らない十分な財源を投入し、早急な支援をお願いしたい。

○　診療報酬でも見ることができず、公的病院にとって不採算となる要素・要因については、医政局とも連携し、例えば医療介護総合確保基金等を活用した補助金で手当てすることなども検討いただきたい。

○　現在も補助金等による対応があり、医療保険財政には限りがある。税と保険の性格・目的の違いを踏まえて検討していくことが必要。

○　遠隔地で出産する場合、出産前の健診、産後ケアも含め、出産する医療機関以外の医療機関等でフォローを受けることとなり、妊婦や家族の移動・宿泊に係るコストも生じる。過疎地域におけるトータルのコストが過大とならないよう、診療報酬で対応できない点については、医政局やこども家庭庁等とも連携し、バランスの取れた負担となるようにしていただきたい。

○　出生率が回復してきたとしても、分娩対応可能な施設が地域になくなってしまい、新たに施設をつくることとなれば、大変な労力になる。地域における必要な分娩施設や周産期医療体制の維持についても、別途、補助金活用の検討をお願いしたい。

○　単価を上げても、結局、数が減ってくれば難しくなる。これは小児科でもまさにそのとおりである。今後、保険診療等で医療経営を維持していくことはほとんど難しくなっていく。どこでも安全に子どもが産み育てられる仕組みの維持のため、保険診療だけでなく、国を挙げて努力していただきたい。

前回の主なご意見
（文責：事務局）

（注）主な御意見を事務局で整理したもの。（御意見の趣旨を踏まえて文言を整理している。）

（助産師・助産所について）

○　産婦の安全や安心できる出産の実現には、助産師の配置が必要。

○　妊娠期から出産への切れ目ない支援の提供に向け、病院・クリニックでは、院内助産・助産師外来の体制を整備している。院内助産とは、緊急時の対応が可能な医療施設において、助産師が妊産褥婦とその家族の意向を尊重しながら、妊娠から産後１か月まで、正常・異常の判断を行って助産ケアを提供する体制のことである。

○　産後の母親には、退院後の生活にスムーズに移行できるよう、生理的な変化を踏まえたアセスメントに基づき、心身の回復や育児、新たな家族との生活に適応できるような支援を行っている。新生児については、子宮外生活への移行や適応、異常の早期の発見のため、継続的な観察・ケアを行っている。

○　産科と産科以外の診療科から成る混合病棟化が進んでおり、分娩取扱施設の約７割は混合病棟。母子の安全・安心を確保するためには、混合病棟における産科区域特定が必要である。

○　家族や生活を見据えたより個別的なケア、顔見知りの助産師による妊娠中から産後までの伴走、心身社会的な側面へのトータルなアプローチができることが、助産所や自宅分娩における助産師のケアの特徴である。

○　助産所では、分娩を取り扱う際には複数の助産師が対応することが推奨されている。自宅分娩においても、「複数名体制で対応している」との回答が100%である。

○　助産所は、正常な妊娠・分娩経過を連続して見守り、必要時には診療や搬送を嘱託医、嘱託医療機関に受け入れていただいている。こうした役割について、診療報酬等で評価する仕組みを御検討いただきたい。