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

第２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。）

（追加のデータや、分析の視点等について）

○　周辺地域に代替となる分娩施設が少ない地域、他の分娩取扱施設への移動に長時間を要する施設では、小規模施設であっても分娩医療の提供を継続する必要が高いと考えるため、小規模施設の地域の分布を調査し、周辺の地域の代替施設の有無、移動時間、地域における周産期医療の貢献度、連携体制、診療体制、これらも考慮した上で、地方の総合周産期母子医療センターとして経営が成り立つような地域分娩体制の医療を維持していく加算の設定が必要。

○　オキシトシン製剤の処方数量を例えば10年程度とかで集計してほしい。また、他の子宮収縮作用のある薬剤の使用状況はどうなのか。

○　計画無痛分娩とオンデマンド無痛分娩について、施設数ではなく実施数はどのようになっているのか。費用差の要因はどうなっているのか。

○　厚労科研（「安全な無痛分娩実施のための体制構築のための研究」）について、もう少し内容が分かるように要約などを示してほしい。

○　診療報酬では、医療費の内容が分かる領収書・明細というものが交付されるが、これまで自費であった出産費用について、もし規定がないのであれば、新たな出産の制度が始まるときには、妊産婦や家族に請求の内容がしっかり分かるように、明細書の発行を分娩施設に義務づけをするなど、対応が必要ではないか。

○　出産に係る診療やケアについて、当事者である妊産婦を調査した詳細のデータを共有いただきたい。

○　母親自身が出産後に入院を要した際、新生児とパートナーである父親が子育てをするということについてのサポート体制というのがない。疾患のある妊婦の対応やその後のケアについても幅広く検討してほしい。

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。）

（分娩費における評価のあり方について）

○　妊産婦が安心して出産し、保険者が納得して費用を負担するという観点では標準化と見える化が大切であり、診療やケアの質と効率性の両方を確保することが重要。そのために、人員体制や設備などについて、最低限満たすべき基準を設定する必要がある。

○　基本単価や加算の算定要件、施設基準を明確に規定することは、診療やケアの質と安全性を確保するためだけではなく、適正な費用請求を担保し、公的財源を用いる制度としての透明性とアカウンタビリティー、説明責任を確保するためにも重要。

○　正常分娩、吸引分娩、帝王切開分娩では、保険診療と保険外診療の組合せが異なる。新制度においても、保険診療との費用の重複は絶対避けなければいけないし、どの費用が新たな給付の対象となるのかを明確にすることが非常に重要。

○　分娩費の基本単価や加算の在り方については、産科医療の標準化と質の向上を図り、希望する人がどの地域でも安全に安心して子供を産み育てられる環境整備につながる観点から、全国一律のルールで設定するもの。基本単価に含めるケアについては、現在も多くの施設で提供されている内容を踏まえて、標準的に必要なケアを整理することが重要。

○　妊産婦の状況が一律でないことを踏まえると、個々の事情に配慮したニーズというのも加算の対象にしていいと思うが、技術が確立されているものといないものというのもあるので、線引きというのは必要では。必要な項目を洗い出した上で保険資源を活用、そのほかにかかるサービスについては、別途財源を求めていくというのが合理的な判断ではないか。

○　無痛分娩は地域差が非常に大きく、拙速な保険化に関しては強く反対。

○　産んで育て、地域社会を構成していくという意味では、産科と小児科の関わり、あるいは助産所と小児科の関わりというのは非常に重要。そこがシームレスで、かつ円滑に動くように、あるところにはあって、あるところにはないということではなく、どこでもできるような給付体系としてほしい。

○　オープンシステム、セミオープンは、今後、産科医療機関が集約されていく中増えていくことも考えられるが、分娩費用の配分の問題というのは整理しておく必要がある。

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。）

（診療やケアの説明や、請求における対応について）

○　出産費用を出産育児一時金で出産費用を賄えたという方がいる一方で、都市部では自治体がさらに加算して補助していても、何とかその範囲内、もしくは少し足が出てしまうという妊産婦もいて、かなり地域間格差がある。また、自分で立替えをする場合があって、給付が下りるまでの期間が少し長くて困ったという方もいる。

○　費用と個別サービスについての説明があったのかどうかについて、出産なびなどを活用して、いろいろ調べた方がいる一方で、初産の方は追加負担の程度や、いつ費用の説明があるのか分からない状況。せめて妊婦、妊娠後期に入った頃には、費用についての説明があると準備ができる、早い段階で教えてほしいという意見があった。

○　出産に係る診療やケアについては、実施前を含めて、丁寧に妊産婦及びパートナーを含めた家族にも説明してほしい。その際は、特に初妊婦については、妊産婦の受け止めや理解に配慮いただくようにしてほしい。

○　診療報酬では、医療費の内容が分かる領収書・明細というものをもらえるが、出産費用について、新たな出産の制度が始まるときには、妊産婦や家族に請求の内容が分かるように、明細書の発行を分娩施設に義務づけをするなどの対応が必要。

○　保険診療では、医療費の内容の分かる領収書に加え、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付がされている。出産費用についても、新たな制度の開始に当たっては、個別のケアやサービスの内容と費用が分かる明細書の発行を義務づける対応が必要。併せて、直接支払制度の請求書の記載についても、詳細が分かるよう、見直しが必要。

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。）

（分娩費の評価の検討に必要な着眼点について：基本単価）

○　ローリスク分娩の６割以上を担っているのが一次施設で産科診療所と単科の産科病院。加算なしでも成り立つ基本単価を。標準的な分娩に必要な人件費、夜間の待機、設備維持、安全管理の費用は基本単価で保障すべき。

○　基本単価が不足する部分について加算で補うのではなく、基本単価を大事にするということが重要。加算が取れる施設だけが今後分娩ができるということがないように、地域の状況を踏まえながら考えてほしい。

○　基本単価に関わる施設基準は、分娩を行っている産科医療機関は、保険医療機関として入院基本料等の届出を行っており、基礎的な施設水準を改めて設定する必要はないと考える。一方で、自由診療のみで保険診療を行っていない分娩施設、あるいは助産所については、新たな出産給付を採用するためには、一定の施設基準の設定が必要。

○　基本単価は全ての施設に共通の最低限保障されている基準にし、機能や個別のサービスに応じた加算をできるだけ丁寧に組み合わせていくという考え方がよいのではないか。

○　出産育児一時金の新生児管理保育料と分娩料には、小児科医のドクターフィーは入っていないのではないか。小児科医がほとんどの出産には何らかの形で関わるべきだろうと思うので、小児科医のドクターフィーというのも、待機料を含めて考慮いただきたい。

○　助産師・看護師が新生児の状態把握やケアを実施している。新生児の安全の確保のために、新生児室など、母親とは別の場所で新生児を管理するときには、助産師・看護師を配置する体制を整えてほしい。

○　分娩時においては、夜間・休日も含め、ほぼ100%に近い割合で助産師が関わっており、安全で安心なお産に貢献している。新たな給付の制度でも、こうした体制が維持されるような制度設計をお願いしたい。

○　妊産婦の多様な出産場所を選択できる環境を維持するためにも、助産所が安全で質の高いケアを持続的に提供できるよう、その実態と必要な経費を十分に反映した給付水準を設定していただきたい。

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。）

（分娩費の評価の検討に必要な着眼点について：加算①）

○　個々の分娩の内容に応じて個別に設定される加算と、医療体制に対する加算、いわゆる施設での分娩全てに設定される加算の２つがある。

○　地域で担う役割や施設ごとの違いについては、安全の質の担保・向上の観点から、夜間・休日の対応、人員配置や研修の受講、多胎妊産婦をはじめ、支援を必要とする方への追加的な対応、地域における連携などを適切に評価するため、加算の要件や施設要件などを設定してはどうか。

○　基幹病院と一般の病院や診療所などの役割分担・連携などは非常に有意義であり研修を受けた人員の配慮や多施設間での協力体制などについては、機能に応じた評価というのはあってもいいのではないか。

○　分娩というのは救急医療。診療所も評価する加算に24時間体制の評価であるとか診療所の初期の対応、あるいは搬送・連携も非常に重要である。

○　出生数が減少しているにもかかわらず、新生児蘇生術は毎年、一定数発生。安心・安全を確保するためには、小児科や新生児科との連携が必要であり、連携に関しても加算の対象にすべき。

○　ローリスクの分娩を取り扱う診療所あるいは中小病院等と、ハイリスクを扱う総合周産期あるいは地域周産期との連携は、妊産婦の安心・安全を確保するためにも必要な体制であり、加算対象にすべき。

○　院内助産又は助産師外来、入院中の助産ケア、看護ケア、入院中の保健指導、研修の受講状況に関しても加算対象とすべき。

○　周辺の地域の代替施設の有無、移動時間、地域における周産期医療の貢献度、連携体制、診療体制を考慮した上で、地方の総合周産期母子医療センターとして経営が成り立つような地域分娩体制の医療を維持していく加算の設定が必要。

○　妊娠期からの切れ目ない支援については、妊産婦の不安の軽減やリスクの早期発見、健康の保持・増進につながる予防的な取組であり、分娩時のケアと一体のものとして評価することが重要。

○　産科の集約化において、分娩を担当する自治体病院等において、医療安全等の体制整備・維持のコストについては、保険診療における入院患者同様かかっており、入院基本料等加算や産科管理加算等についても、要件を満たせば加算等で評価でき立てつけにしていただきたい。

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。）

（分娩費の評価の検討に必要な着眼点について：加算②）

○　NCPR受講者Ａ・Ｂを持っているインストラクターが95%であるが、シミュレーションも実施している施設に加算してほしい。

○　母親から育児において小児科医が妊娠中から関わっていくというプレネイタルビジットが本当に必要な切れ目のない支援ではないか。新生児科医・小児科医が関わって、育児不安の軽減、母親が安心して子育てに向き合える体制に加算をしてほしい。

○　出生後から退院まで、新生児の診察と継続的な状態の評価が行われていること。異常が疑われた際に、小児科医・新生児科医に相談して、必要に応じて診察や搬送につなげられること。退院の時点で、小児科医・新生児科医から、帰宅後に注意する点、相談先を家族に説明して、必要な情報を地域の医療機関や自治体につなぐといった体制を整えている施設に加算をしてほしい。

○　妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援というのは非常に重要な視点であり、助産師は産前産後に助産師外来や院内助産、産後ケアを通じて切れ目のない支援を提供している。令和８年度の診療報酬改定で新設された産科管理加算の要件にも含まれており、今回の新たな給付においても、全ての妊産婦に切れ目のない支援を実施する体制として、この産科管理加算と同様に評価してほしい。

○　産科管理加算で混合病棟における産科区域特定も要件となっている。妊産婦への丁寧なケアを行うためには非常に重要であり、引き続き産科区域特定が推進されるよう、要件としていただきたい。

○　困難な状況にある妊産婦等に対しては、一層の倫理的な配慮や精神的な支援、必要な社会資源に関する情報提供等が求められる。特に助産師は、社会資源等の知識が十分ではない場合もあるかもしれないので、研修等を受講することで知識を補完することが望ましい。

○　無痛分娩は、実施している施設が増えている中で、安全な提供体制に向けた取組を強化するとともに、希望する妊婦の方にリスクも含めて丁寧に説明することが重要であり、安全確保や説明の体制について、施設基準や加算の要件にどのように位置づけ、評価するかを検討してほしい。

○　無痛分娩の介助に当たっては、薬剤や無痛分娩特有の分娩進行に関する知識が不可欠。安全な無痛分娩の介助に当たっては、助産師もJALAの講習の受講を基盤として、この助産ケアに関する知識の習得も今後必要である。

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。）

（分娩費の評価の検討に必要な着眼点について：加算③）

○　ほとんど土日・休日の追加請求がある。週末とか夜間とか気にせずに出産できるということが保障されるような体制が必要。

○　時間外・深夜・休日の分娩については、平日の昼間の分娩よりも手薄な体制となっていることが多い。時間外の分娩に対する加算も、標準的分娩の中で必要。

○　支援上の配慮を必要とする妊婦への対応は、本来であれば療養の給付として保険診療で対応すべきだが、現状、保険診療として算定可能な点数がない。標準的な分娩とは別の費用での評価が必要。

○　社会的ハイリスク妊産婦の分娩・妊娠の管理は、多種多様な支援上の配慮が必要となり、施設内のソーシャルワーカー、地域の保健師・行政・児童相談所などとの連携が密に求められる。初期対応する一次施設も含め、財政的な支援をいただきたい。

○　数多くの母体搬送が日常的に実施されており、母体搬送先だけではなく、母体搬送元の管理加算といったものも考えてほしい。

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。）

（ハイリスク分娩等に係る診療報酬における評価への要望等について）

○　母体搬送の受入れの管理加算についても考えてほしい。母体搬送の受入れでは、通常の分娩と比較して多くの人的資源が投入される。現行の診療報酬では妊産婦緊急搬送入院加算7000点のみだが、搬送受入れに必要な人的資源、他診療科における初期対応が十分に評価されているのか、改めて検証する必要がある。母体搬送の年間受入数、重症母体の搬送の年間受入数といった実績に基づいての算定要件の設定についても検討してほしい。

○　ハイリスク妊娠管理加算の算定要件について、１入院に限り20日間を限度とされているが、搬送患者の重症度に応じた算定基準の見直しあるいは一部緩和といったことを検討いただきたい。

○　ハイリスクの分娩、産科的な介入を要する分娩、その他急変リスクの高い分娩では、安全な分娩管理を行うために複数の産婦人科医による対応が必要となる。さらに新生児科・小児外科・麻酔科等の医師が分娩に関与することも多い。医学的な必要性に基づいて、分娩管理に関与した医師数及び診療科数に応じて追加的な評価をしてほしい。

○　新生児の診療科の連携加算も必要。早産児・先天異常児・低出生体重児の分娩では、複数名の新生児科医あるいは小児外科医・麻酔科医による立ち会いが分娩前から必要となる場合があるが、人的資源については十分に評価されているか改めて検討してほしい。

○　異常出血等によって、分娩後に高次の周産期医療施設へ緊急搬送される患者は、複数の産婦人科医、麻酔科医、救急医等の多職種による集学的な対応が必要となるが、現行の診療報酬で、十分に評価できているのか疑問。搬送時のショックインデックスあるいは産科のDICスコア、このような指標に用いた重篤度に応じた加算を検討してほしい。

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。）

（保険給付以外での対応について）

○　分娩の施設がないような地域には、こども家庭庁の支援を、市町村の協力の下にしっかりと安全に、安心して分娩できるようなことを充実させていく必要があるのではないか。

○　分娩数が減少している地域における施設維持を目的とする政策的な支援については、これまでも施設への支援事業等が行われていることも踏まえて、保険医療財源からではなく、別途対応していく必要がある。

○　妊婦健診における自己負担は、多くの地域で賄えたという意見だったが、一部の地域では毎回持ち出しがあったという。3Dエコーがどの程度必要なのかということも分からず、都度実施していたが転院後、実施せずにチケット内で済み、病院によって違うということについてどうなのかという意見もあった。

○　里帰り出産ということが分かった時点で、妊婦健診の費用が別に設定されているという話もあった。

○　地方の出産の集約化が始まっている地域においては、こども家庭庁の、遠方からの受診や入院に際しての交通費、宿泊費支援の事業が重要。一方で、患者等から足が出ているような事例もあり、引き続き丁寧な実態の把握の上、継続・拡充をお願いしたい。

○　若い人たちが妊娠・出産・育児をどこでするのか。今の費用の問題に加えて、子育て支援の地域差が非常にあり、例えばそこが厚いところ、特に自治体としてお金を持っているところは費用支援というのが厚くある。そういったところに集中しないということも、地域の中での子育てを考えたときには重要な視点。