

2010 年 7 月 14 日

わが国の産科医療の現状からみた出産育児一時金制度改革の方向性

社団法人日本産科婦人科学会・医療改革委員会

委員長 海野信也 (北里大学医学部産婦人科教授)

A: 産科医療の現状:

1. 分娩取扱状況 1,087,210 出生 (2008 年): 分娩の半数以上は民間分娩専門施設で担当

(ア) 病院 1,126 施設 医師 4981 名 557,967 出生(51%) 486/施設 112/医師

(イ) 有床診療所 1,441 施設 医師 2409 名 520,693 出生(48%) 333/施設 216/医師

(ウ) 助産所 448 施設 9,968 出生(1%) 22 出生/施設

(自宅分娩は 0.2%)

● 都道府県間のばらつき

➢ 診療所分娩の割合 25%—72%

➢ 施設あたり出生数 病院 211-805 診療所 135-512

2. 分娩取扱医療機関数の変化: 分娩施設は急速に減少し妊婦のアクセスが悪化している

(ア) 病院 1796(1993 年)→1126(2008 年) 38%減

(イ) 有床診療所 2490(1993 年)→1441(2008 年) 42%減(出生数の減少は 8%)

● 有床診療所勤務医師の年齢構成

25-29 30-34 35-39 40-44 45-49 50-54 55-59 60-64 65-69 70-74 75-(歳)

責任者 0 3 38 104 203 244 301 238 140 108 141

全体 2 19 122 207 306 327 344 264 158 129 231

● 分娩取扱診療所に相当数の働き盛りの年齢の院長: 分娩取扱継続の展望

● 分娩取扱診療所の新規開業数: ゼロに近かったが徐々に増加 (医会調査)

2 (2006 年)→3 (2007 年)→8 (2008 年)→14 (2009 年)

● 分娩取扱診療所は中期的には地域分娩環境確保に役割を果たしうる。

3. 産婦人科医の変化: 医師全体の数が増加する中で、産婦人科は絶対数が明らかに減少

(ア) 勤務産婦人科医数 11,391(1994 年)→10,399(2008 年) 9%減(医師全体は 23%増)

● 病院勤務医 6,612(1994 年)→ 5,964(2008 年) 10%減(医師全体は 22%増)

● 診療所勤務医 4,779(1994 年)→ 4,425 (2008 年) 7%減(医師全体は 26%増)

(イ) 年齢層別産婦人科女性医師の割合 (2004 年医師調査)

25-29 30-34 35-39 40-44 45-49 50-54 55-59 (歳)

66% 47% 30% 22% 12% 8% 7%

(ウ) 産婦人科女性医師の分娩取扱率 (学会 2007 年調査)

研修開始 15 年後の分娩取扱施設勤務率 男性 80% 女性 52%

(エ) 産婦人科新規専門医 (医師 6 年目) が 5 年後に「希望する」勤務形態

非常勤又はパート 男性: 2% 女性: 24% (学会 2009 年アンケート調査)

4. 勤務状態: 産婦人科病院勤務医の月間在院時間調査(2008 年)

(ア) 当直体制の病院 295±61 時間 (n=364:最高 428 時間)

(イ) 大学病院 312±74 時間 (n=182:最高 505 時間) 外勤先勤務時間を含む

- 病院の勤務環境と増加した女性医師の要望との間の不適合→分娩施設での継続的就労困難→現場離脱者の増加 ワークフォース確保の目処立たず
- 病院産婦人科は勤務環境確保のための集約化・大規模化が必要な状況
- 病院の地域分娩環境確保に果たす役割は不透明

5. 医療水準と医療紛争: 周産期医療は世界最高水準だがもともと医療訴訟が多い。

(ア) 周産期医療水準 日 米 英 仏 独 伊 Sweden

- 周産期死亡率 2.9 6.8 8.5 11.1 5.6 5.1 4.3 (28 週以降死産で計算)
- 妊産婦死亡率 3.6 18.4 6.7 5.3 6.1 5.1 5.9

(イ) 医師 1000 人あたりの医療訴訟件数 (2006 年) 外科系と内科系に明らかな差

- 産婦人科 13.7、形成外科 10.5、外科 8.7、整形外科 6.3、泌尿器科 3.9
- 内科 3.6、精神科 2.6、皮膚科 2.4、小児科 2.2

6. 新規専攻者の動向

(ア) 外科系専攻者の著減: 2002-2003 年と比較して臨床研修制度開始後、2006-2007 年の外科系学会新規専攻者は 25%減少。回復傾向が認められていない。

(イ) 産婦人科: 卒業年度別産婦人科学会入会者数は、2004 年卒の 327 名 2007 年卒の 402 名へと漸増 (23%増) 産婦人科はようやく底打ち感が出てきている。

7. 周産期救急の状況

(ア) NICU 不足→母体搬送受入困難事例の多発→「たらい回し」

- 影響: 「救急受入不能」の日常化 本当の緊急症例に対応できない。広域搬送
- 背景: NICU 病床数不足・後方病床の未整備・新生児科医不足・看護師不足

(イ) 母体救命救急体制の未整備

- 一般の救命救急システムとの連携の欠如
- 背景: 縦割り行政、縦割り医療体制

(ウ) 産婦人科一次二次救急医療体制の未整備

8. 助産師の動向

(ア) 勤務助産師数：病院 14100 名(年間 40 件)、診療所 4100 名

- 病院の助産師が過剰とは到底考えられないので、診療所だけで約 8000 人の助産師が不足している。

(イ) 助産師養成数：年間 1600-1800 名。増加対策を実施中

9. まとめ

(ア) 産科領域は現状では高い医療水準が達成されているが、産婦人科医の絶対数が減少するとともに、若年層で女性医師の割合が増加、中途離脱者が増加した結果、持続困難な状態に陥っている。

(イ) 原因は、高い紛争リスクに加え、きわめて過酷な勤務条件のために女性医師の継続的就労が困難であること。(外科系は基本的に同質の問題を抱えている) 特に病院産婦人科は安定にはほど遠い状況にある。

(ウ) 分娩施設は減少を続けているが、病院と診療所の分娩が半々という状況、民間産科専門施設が半数以上の分娩を取り扱っている状況は不変。これはわが国の特殊事情であり、妊娠分娩の制度と直接関係している。

(エ) 民間施設は事業の継承の問題がある。地域分娩環境を、民間産科施設を中心に確保するためには安定的な新規参入が必要。

(オ) 分娩取扱への新規参入を促進するための経済的制度的安定化が必要

(カ) 周産期救急は、医療資源の絶対的不足とシステム未整備のために機能不全を起こしており、抜本的テコ入れが必要。

B: 現在実施中の産科周産期医療再建策

1. 新規産婦人科専攻医の増加策 (一定の効果)

(ア) 学会：サマースクール(医学生・初期研修医対象)

(イ) 政府・自治体：医学生・初期研修医奨学金、後期研修医研修奨励金、初期研修医・産科小児科コース

2. 現場の医師の待遇改善 (効果はこれから)

(ア) 政府・自治体・病院：分娩手当

(イ) ハイリスク分娩管理加算等への医師勤務環境要件の付与

3. 地域分娩環境の確保 (効果はこれから)

(ア) 診療報酬重点評価

(イ) 医療紛争リスク軽減：産科医療補償制度への補助 1 件 3 万円(年間 300 億円)

(ウ) 地域周産期医療体制整備

① 都道府県：周産期医療体制整備指針の改定

② 周産期母子医療センターの整備および運営補助・NICU 増・後方病床整備

- (エ) 助産師増加策：助産師養成施設への補助
- 4. お産をする人の負担軽減＋分娩施設への経済的支援（有効）
 - (ア) 出産育児一時金増額 30万円→(2006年10月)35万円→(2009年10月)39万円
 - (イ) 妊婦健診への補助金増額 年間900億円

C: 出産育児一時金直接支払い制度の問題点

1. 制度のスキーム：

- (ア) これまで：産婦は分娩退院時に分娩費用の全額を支払う。出産育児一時金は出産後、産婦からの申請に基づいて支給されていた。支給まで、産婦側が負担してきた。
- (イ) 今後：分娩費用の内、出産育児一時金相当部分は、保険者から支給されるまでの期間、分娩施設が負担することになる。産婦側の負担は軽減される。
- (ウ) この制度変更では、国および保険者には新たな負担は生じない。

2. 負担の不公平性

- (ア) 産婦側は自らの分娩について一時的な負担を行っていたのに対し、この制度では分娩施設が恒常的に負担し続けることになる。零細施設には耐え難い負担となる。
- (イ) 分娩施設にはこの負担を被る理由がない。産婦側の負担は軽減されるが、分娩施設側の負担軽減策は全く講じられていない。
- (ウ) 保険者が支給を早める、国がそのための補助を行う等の措置が行われれば、負担を分娩施設との間で分担することになる（三方一両損）が、そのような措置は全く検討されていない。
- (エ) 分娩施設がこれまで不当に利益を得ていた等の問題があるのであれば、理解できないこともないが、そのような問題は発生していない。
- (オ) 分娩施設の急速な減少により、地域分娩環境の確保が大きな政策課題となっている。分娩施設の事業継続および新規参入増が強く求められている中で、この施策は、分娩取扱への意欲低下をもたらすものである。
- (カ) これはきわめて片手落ちの不公平な制度である。

3. 最終的に誰が負担することになるか

- (ア) この施策により、本年度、分娩施設全体で約500億円の減収（平均2ヶ月遅延とすれば、全分娩108万として約750億円。これまで20%程度は代理受領制度で既に遅延支払となっていたためその分を差し引いて約500億円）となる。これに未収金にかかる税負担がさらに追加される。
- (イ) この負担に耐えられない施設は有利子負債を抱え込む。
- (ウ) 最終的には、分娩費用に転嫁されざるをえないので、お産をする人が余分に負担することになる。

4. どうすればいいか

- (ア) この制度は不公正、不公平なので、制度設計をやり直す必要がある。
- (イ) 分娩施設が介在して、事務手続き代行等を行う合理的理由がない。
- (ウ) 妊婦がより早く一時金を受け取り、出産準備に活用できる制度とすべきである。
- (エ) 制度導入を一時凍結して、一時金のさらなる増額とともに、より公平で、現場に負担をかけない制度として施行されるべきである。

D: 出産育児一時金の直接支払い制度導入後の状況

1. 福祉医療機構の融資状況 (2010年7月2日現在)

- (ア) 193施設に48億8700万 融資
- (イ) 18施設に3億9200万 準備中
- (ウ) 142施設から融資の具体的相談：うち(2月26日現在で)少なくとも30施設は他機関から融資を受けた。(全分娩施設の約10%は現に融資を受けている)

2. 茨城県の分娩医療機関42施設の状況

- (ア) 経営への影響なし 8
 - (イ) 経営への影響有り 貯金で対応 22
 - (ウ) 経営への影響有り 借金で対応 12 (約30%で借金が必要)
- 金額： 5000万円 1 4000万円 2 3000万円 2
 2000万円 3 1500万円 1 1000万円 1
 500万円 2 合計 2億8500万円

3. 全分娩施設の10-30%が、運転資金融資が必要な状況に陥ったと考えられる

● 日産婦学会「産婦人科医療改革グランドデザイン2010」の考え方

- グランドデザインにおける目標
 - 20年後、90万分娩に対応する。
 - 地域で分娩場所が確保されている。
 - 病院において労働関連法令を遵守した医師の勤務条件が確保されている。
 - 女性医師がそのライフサイクルに応じた勤務形態で継続的に就労することが可能になっている。
 - 産婦人科医及び助産師不足が発生していない。
 - 世界最高水準の産婦人科医療提供が安定的に確保されている。
- 産婦人科医療改革グランドデザイン2010：骨子
 - 本グランドデザインは、単なる将来の産婦人科医療体制の予測ではなく、より望ましい産婦人科医療体制を実現するための現時点における行動指針として検討されたものである。
 - 産婦人科医師数：年間最低500名の新規産婦人科専攻医を確保する。
 - ◇ 社会の理解と協力を要請するとともに、行政(国、地方自治体)、学会、医学部産婦人科、研修指定病院が中心となって新規専攻医増加のための協力体制を構築する。
 - ◇ 産婦人科医の質の向上のため、産婦人科専門医育成制度の改革を着実に進めていく。
 - 助産師数：助産師養成数を年間2000名以上まで増員する。
 - ◇ 助産師養成システムの再検討を行う。
 - ◇ 助産師がすべての分娩施設で分娩のケアにあたる体制を整備するため、特に診療

- 所への助産師の配置に対して incentive を付与する。
- 勤務環境：
 - ◇ 分娩取扱病院：勤務医数を年間分娩 500 件あたり 6-8 名とする。
 - 月間在院時間 240 時間未満を当面の目標とする。
 - 勤務医の勤務条件緩和、処遇改善策を推進する。
 - 特に女性医師の継続的就労率の増加を図る。
 - ◇ 産科診療所：
 - 複数医師勤務、助産師雇用増等により、診療所医師の負担を軽減するとともに診療の質の確保と向上を図る。
 - 勤務環境の改善と診療の質の向上のために、診療規模の拡大を志向していく。
 - 地域周産期医療体制：
 - ◇ 地域の周産期医療体制整備を推進し安全性を確保する。
 - ◇ 分娩管理の効率化と多様性を確保するため分娩数全体の 2 分の 1 から 3 分の 2 を産科診療所または産科専門施設*で担当する。
 - ◇ 地域分娩環境を確保するため、産科診療所の新規開業、継承、事業拡大、事業継続への積極的 incentive 付与を行う。
 - ◇ 産科診療所の事業拡大を促進するため、新たな施設形態としての「産科病院」の導入を検討する。
 - 産科専門施設*：低リスク妊娠分娩管理を中心とする医療施設。妊産婦の多様なニーズに効率的に対応する。複数の医師が勤務し、緊急帝王切開が実施可能であることが望ましい。
 - 直近の診療所の出生の割合は都道府県によって幅があり 26%から 73%（全体では 48%）となっている（2008 年人口動態調査）。
 - ◇ 地域ごとに、その地域の実情に即した医療施設の配置等を検討し、現実的かつ安全な分娩取扱が可能な地域周産期医療体制を構築する。
 - ◇ 限られた医療資源を最大限に活用するため、診療機能及び妊産婦・患者のバランスのとれた集約化と分散により、安全、安心、効率化の同時実現を目指していく。
 - ◇ 麻酔科、新生児科、救急関係諸診療部門を擁する周産期センターを中心とした周産期医療システムを各地域に整備する。
 - ◇ 施設内連携を強化する。
 - ◇ 地域における一次施設から三次施設までの施設間連携を強化し、周産期医療における安全性の向上を図る。
 - ◇ 診療ガイドラインの作成やその普及等により周産期医療の標準化を推進し、周産期医療の質の向上に寄与する。
 - 上記施策を 5 年間継続し、成果を確認した上で、計画の再評価を行う。

E: 今後の方向性

1. 安心して地域で出産できる環境の整備が喫緊の課題であるところから、地域分娩環境の確保のための諸施策と妊産婦への経済的支援の強化を迅速に推進すること。
2. 民間産科専門施設はわが国の地域分娩環境確保の根幹をなすものであるため、経営環境の安定化に特段の配慮を行うこと。制度変更を検討する際には、零細施設が対応可能なものとなるよう特に留意すること。
3. 地域分娩環境を確保するために、分娩取扱診療所、助産所の経営環境を早急に改善すること。
4. 出産育児一時金については被保険者の主体性を尊重し、被保険者が受領方法及び受領先を決定することとし、事前申請→出産後早期支給の制度を確立するとともに大幅増額を実現すること。

平成22年3月31日

厚生労働大臣
長 妻 昭 殿

社団法人 日本産科婦人科学会
理事長 吉村 泰典
社団法人 日本産婦人科医会
会 長 寺尾 俊彦

出産育児一時金の医療機関への直接支払い制度終了後の抜本的改革に関する要望書

出産育児一時金の医療機関への直接支払い制度は、緊急少子化対策の一環として平成21年10月から平成23年3月までの時限措置として導入されましたが、分娩施設への支払い遅延をはじめとする問題が発生しています。それを受けて厚生労働省は平成22年3月12日に「制度の全面的な実施は平成23年3月まで行わないこと」「出産育児一時金制度について議論する場を設け、直接支払制度の現状・課題や、平成23年度以降の制度の在り方について検討すること」を明らかにしています。

このような状況に鑑み、私どもわが国の産婦人科医療の専門団体であります日本産科婦人科学会ならびに日本産婦人科医会として、本制度のあり方について検討を行った結果、以下のような要望事項をまとめました。何卒ご検討のほどお願い申し上げます。

要望事項：

1. 「出産育児一時金の医療機関への直接支払い制度」は平成23年3月をもって終了し、これに代わる新たな制度を創設すること。
2. 平成23年4月以降の新たな制度の検討は、出産に直接要する費用や出産前後の健診費用等の出産に要すべき費用の経済的負担の軽減を図るために支給されるという出産育児一時金の本来の趣旨に沿って行うこと。特に下記の点が考慮されること。
 - (1) 出産育児一時金の請求と支給は、保険者・被保険者間での完結を原則とすること。
 - (2) 出産育児一時金はお産をした人が事前申請を行えば、出産事実の通知の直後に受領できる制度とすること。
 - (3) 振込指定制度を活用することなどにより、被保険者が希望する場合は、出産育児一時金の全部あるいは一部を分娩施設等への支払に充てることとすること。
 - (4) 事前申請および出産事実の通知に係る手続きは可能な限り簡略化すること。
 - (5) 無保険者等受給資格のない人への制度上の目配りがなされること。
3. 子育て支援のため、平成23年度以降、出産育児一時金支給額をさらに増額すること。