

2010 年 11 月 15 日

## 第 42 回 社会保障審議会 医療保険部会 への意見書

専門委員 海野信也

日本産科婦人科学会医療改革委員会委員長

厚生労働省保険局の平成 22 年 11 月 15 日付「平成 23 年度以降の出産育児一時金制度の在り方について（素案）」に対し、専門委員として意見を申し述べます。

1. 直接支払制度の問題点の検討をさらに深める必要がある：出産育児一時金制度の在り方を検討する際には、以下の様な認識が必要と考える。

(ア) 2009 年 10 月に実施された出産育児一時金の引き上げと直接支払制度の導入は、被保険者の経済的負担軽減効果を期待して、国の施策として行われたものである。分娩施設の立場からみたこの制度の根本的問題点は、軽減された被保険者の負担の一部（分娩費用の支払いから出産育児一時金の支給を受けるまでの期間の経済的負担）が、国ではなく分娩施設の経済的負担増によってもたらされていることである。本制度は、分娩を取り扱うすべての施設に経済的負担を強いる制度である。

(イ) 第 41 回医療保険部会で報告された 2010 年 8 月時点の平均的分娩費用は 473,626 円であり、分娩費用の上昇傾向が認められている。直接支払制度の導入と同時に出産育児一時金は 4 万円の引き上げが行われ、その両者による被保険者の負担軽減が期待されていたが、分娩施設の経済的負担の増加が、分娩費用の引き上げ圧力となり、結果的に一時金引き上げによる被保険者の負担軽減効果が大きく損なわれた可能性が高いと考えられる。

(ウ) このような制度の導入時には、制度の目的が損なわれないようにするために、分娩施設に負担が発生しないよう十分な対策が必要であったにも関わらず、国が準備した福祉医療機構による融資は全く不十分なものだった。

(エ) 分娩施設の経済的負担は非常に大きく、福祉医療機構による経営安定化資金への融資申込だけでも 22 年 10 月 1 日現在で 219 施設 53 億 7300 万円（1 施設当たり 2453 万円）に達している。融資を申し込んだ施設は、大部分が産科を専門としている民間施設であり、他の部門の収入等では対応できなかったために、融資を受けざるを得ない立場に追い込まれたことになる。その一方、福祉医療機構

は、開業間もない、診療実績が少ない施設には、全く好意的でない対応を行っている実態がある。「素案」において「対応が困難な医療機関等」と呼ばれている経済的理由で直接支払制度導入を行っていない施設だけでなく、直接支払制度を導入した施設の中にも他の金融機関からの融資によってようやく対応している施設が多数存在している。

(オ) これらの分娩施設の大部分は、直接支払制度の施行によって始めてこのような経営危機に直面することになった、それ以前は特に経営上問題のない施設であり、制度が導入されなければ、融資を受ける必要も「対応が困難な施設等」と分類される必要もなかった施設であることに特に留意する必要がある。この経営危機は直接支払制度導入による「官製の」「人工的な」危機なのである。

(カ) 直接支払制度導入の分娩施設の経営への打撃の大きさは、その施設の収益構造によって大きく異なっている。保険診療とならない正常分娩に係る費用収入が収入全体に占める割合が多い施設、すなわち産科診療を中心としている産科診療所、助産所、産科病院等の産科専門施設で相対的に大きく、他の診療科を有し保険診療の占める割合が高い総合病院等で相対的に小さい。

(キ) 我が国の産科医療提供体制において産科専門施設が果たしている役割の大きさを考慮すれば、直接支払制度は「問題点を解決するために被保険者と分娩施設への経済的負担増のない新たな制度に移行することが適切ではないか」と考えられる。

## 2. 中長期的な視点から対策を立てる必要がある。

(ア) 「素案」の「基本的な考え方」において「特に地域における周産期医療の確保に配慮する」と記載されているが、「素案」の内容は、産科医療提供体制を中長期的な観点から確保するという視点に欠けている。「素案」の内容が実施された場合の、産科医療現場への影響への配慮がみられない。

(イ) 我が国の分娩の48%は産科診療所及び助産所で取り扱われており、これに産科病院を加えると産科専門施設による分娩は全体の半数以上である。

➤ 我が国の分娩の現場の産婦人科医及び助産師の不足状況と今後の中長期的な展開の検討の結果、日本産科婦人科学会の「産婦人科医療改革グランドデザイン2010」では、以下のような検討がなされている。

- ◇ 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。
- ◇ 助産師数：助産師養成数を年間 2000 名以上まで増員する。
- ◇ 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。

(ウ) 分娩取扱医療機関における勤務医の労働環境を整備し、地域における効率的で多様な出産環境を確保するためには、産科専門施設が各地域で安定的に診療を展開するとともに、新規開業が障害なく行われていく必要がある。そして安全性向上のためには各施設の規模が拡大していくことが望ましい。出産に係る制度は地域における出産環境確保の目的に適合する必要がある。

(エ) 産科診療所や助産所の性格上、これらの施設での分娩取扱数は固定的なものではなく、ダイナミックに変動するものである。開業当初は少数であり、その後徐々に事業拡大が行われていく。分娩取扱が中心である限りはその収入中の分娩費用の占める割合が大きいことには変わりはない。「素案」に示

分娩取扱施設の収益構造

総合病院	産科病院	産科診療所	助産所
医療保険収入	正常分娩費用収入	正常分娩費用収入	正常分娩費用収入
	医療保険収入	医療保険収入	

されている分娩取扱数による診療所、助産所の分類等はこれらの施設の自立的な事業拡大の阻害要因となる可能性が高い。仮に直接支払制度の問題点への対策として産科専門施設を対象とした別途措置を講じる場合、その対象としては規模ではなく、収入構造が考慮される必要がある。

- (オ) 仮に「受取代理」を分娩取扱数の少ない施設に限定して実施した場合、その施設の分娩取扱数の増加に伴って、直接支払制度移行への付加的負担に対応するために、事前に内部留保を増やすか、新たに融資を受ける必要が生じることになる。このような経営上のリスクが新たに導入されることによって、産科専門施設経営者にとって分娩取扱拡大のインセンティブが減弱する。産科専門施設は地域に希少な存在であり、その安定的確保と自立的発展が求められていることを考慮すると、「受取代理」制度の対象を小規模施設に限定することは合理性を欠いている。限定的な受取代理制度によって直接支払制度の制度そのものの欠陥を糊塗しようとするのは、その対象の設定方法によっては、「かろうじて対応している分娩専門施設」の負担を放置する結果となる可能性があり、到底受け入れられるものではない。