

出産費用の保険適用に向けた課題

西沢 和彦*

抄 録

現在、出産費用は、医療保険から現物給付ではなく、出産育児一時金として一律50万円が現金給付されている。こうした形式には、高額となった場合、家計の持ち出しが多い、根拠が不明確であるなどの問題点が指摘されている。政府も、2026年度を目途に、保険適用すなわち現物給付に向け検討を進めるとしている。

本稿は、医療保険制度の観点から、出産費用が保険適用された場合の、特に家計の負担構造の変化とそれがもたらすインセンティブの変化を、試算を踏まえながら整理した。保険適用となると、高額療養費制度があることから、確かに出産費用が高額になった際の家計のメリットは大きい。一方、試算から明らかになるように、多くの家計において自己負担が定額負担となることから、費用抑制インセンティブが喪失あるいは大幅に後退する。本稿では、そうしたいわば副作用への対応策も試案として提示した。

キーワード：出産費用， 出産育児一時金， 医療保険， 高額療養費制度， 現物給付

社会保障研究 2024, vol.8, no.4, pp.428-445.

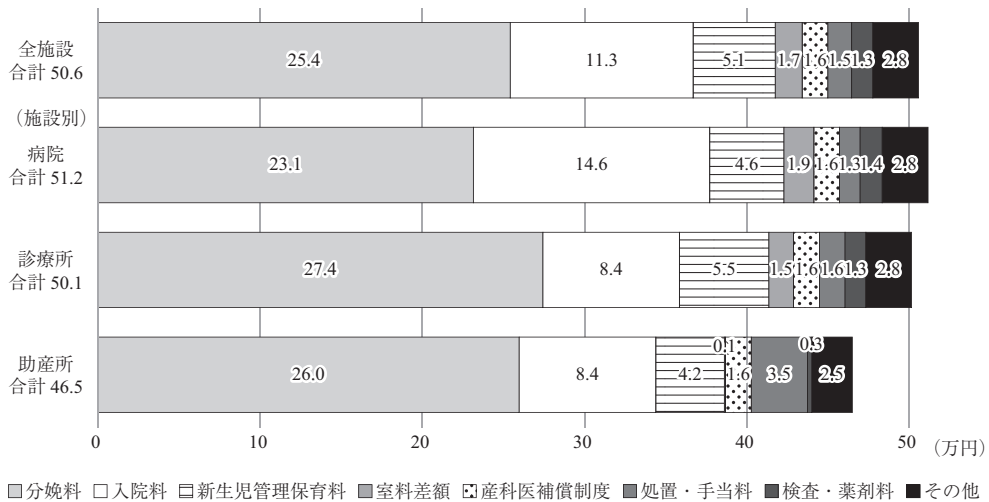
I はじめに

現在、出産費用は、医療保険から現物給付ではなく出産育児一時金として一律50万円が現金給付されている。もっとも、こうした形式には、主に次のような問題が指摘される。A.出産費用は地域間・医療機関間の差が大きく、高額になった際、家計の持ち出しが大きい。B.金額の根拠が必ずしも明確ではない。C.出産育児一時金の引き上げに合わせ、価格引き上げが行われイタチごっことなっている可能性がある。

こうした問題克服に有効と考えられる方法の1つが、出産費用の保険適用である。Aについては、保険適用により、出産費用が高額になった場合であっても高額療養費制度などにより家計の負担が軽減される。BとCについては、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）における診療報酬の設定や保険者によるレセプトチェックによる価格の適正化などが期待できる。実際、2023年6月13日に公表された「こども未来戦略方針」には次のようにある。

「本年4月からの出産育児一時金の大幅な引上げ（42万円→50万円）及び低所得の妊婦に対する初

* 株式会社日本総合研究所 理事



注：病院257,994件，診療所291,239件，助産所6,195件の平均値。

資料：国民健康保険中央会「正常分娩分の平均的な出産費用について（2016年度）」より著者作成。

図1 正常分娩の費用構成，全施設と施設別（2016年度）

回の産科受診料の費用助成を着実に実施するとともに，出産費用の見える化について来年度からの実施に向けた具体化を進める。その上でこれらの効果等の検証を行い，2026年度を目途に，出産費用（正常分娩）の保険適用の導入を含め，出産に関する支援等の更なる強化について検討を進める」。なお，出産育児一時金は現在でも医療保険から給付されており，「保険適用の導入」とは現物給付への全部あるいは一部の切り換えと解釈するのが正確であろう。

本稿は，主に医療保険制度の観点から，正常分娩の出産費用（以下，単に出産費用）の保険適用に向けた課題を考察する。構成は次の通りである。続くⅡ章で，出産費用とそれに対する経済的支援の現状を整理する。Ⅲ章では，出産費用を保険適用とした場合，家計を中心に各主体にもたらされる経済的負担と行動の変化などを明らかにする。以上を受け，Ⅳ章では，保険適用に向けた課題を考察する。

Ⅱ 出産費用と経済的支援の現状

1 出産費用の概況

施設別に出産費用の構成が示されている国民健康保険中央会の2016年度（HPから入手可能な最新年度）の調査によれば，全施設における出産費用の平均は50.6万円である（図1）。うち分娩料が約半分の25.4万円，次いで入院料11.3万円，新生児管理保育料5.1万円，室料差額1.7万円，産科医補償制度の掛金1.6万円¹⁾，処置・手当料1.5万円，検査・薬剤料1.3万円などとなっている。このうち，新生児管理保育料は，「自費で出生後の健康な新生児を収容し保育する」費用とされている（日本産婦人科学会編（2021））。

分娩料25.4万円は，保険給付される帝王切開手術の診療報酬より高額である。帝王切開の診療報酬は，緊急か選択かによって異なり，それぞれ22.2万円，20.14万円である（2016年度）。帝王切開手術は，複雑な場合には2万円が加算されるが，これを加味しても，正常分娩料は帝王切開手術を

¹⁾ 2022年1月1日以降は1.2万円。

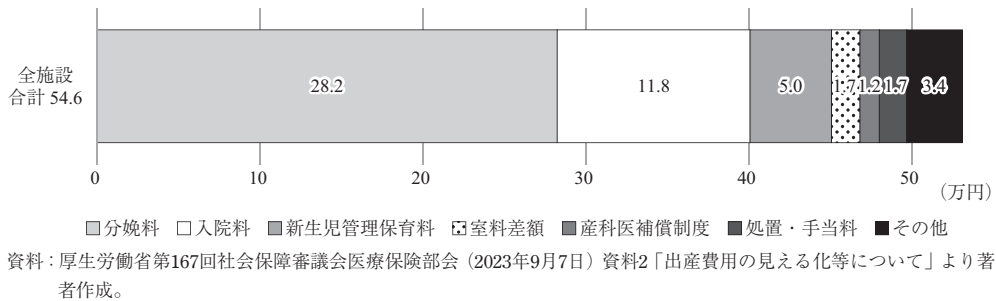


図2 正常分娩の費用構成（2022年度）

上回っている。こうした傾向は顕著になっている。厚生労働省の「出産費用の実態把握に関する調査研究（2022年度）」では、出産費用の平均は54.6万円、うち分娩料は28.2万円であり、前掲の2016年度の25.4万円から2.8万円上昇している（図2）。他方、帝王切開の診療報酬は当時から据え置かれており、正常分娩の分娩料と帝王切開の診療報酬との差は拡大している。この点は、IV章1節で改めて議論する。

施設別のうち、病院と診療所の2施設について費用構成を比較すると（図1）、2つの差が目を引く。1つめは、分娩費について診療所が27.4万円と病院の23.1万円より4.3万円高いことである。2つめは、他方、入院料については病院が14.6万円と診療所の8.4万円より6.2万円高いことである。入院料は、平均在院日数と1日当たり入院料に分解できるが、平均在院日数は、病院7日、診療所6日と病院の方が診療所より1日長く（国民健康保険中央会の2016年度調査）、1日当たり入院料について計算すると、病院2.1万円、診療所1.4万円と病院の方が0.7万円高い。差の要因として1つ考えられるのは、いわゆるブランド産院が病院の平均値を押し上げている可能性である。

厚生労働省調査では、私的病院、公的病院、診療所の別に出産費用の合計額（室料差額、産科医療補償制度掛金、その他費目を除く）の推移が示されている（図3）。2022年度の出産費用の全施設の平均は48.2万円であり、診療所（助産所を含む）

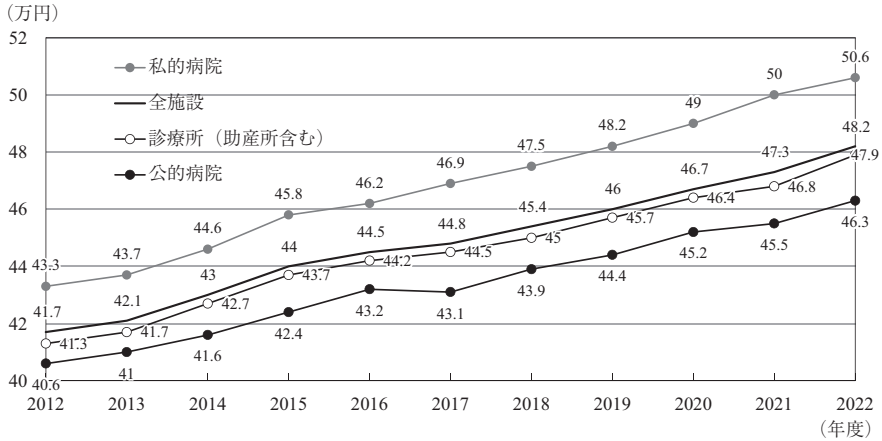
はそれをやや下回る47.9万円、私的病院は平均を2.4万円上回る50.6万円、公的病院は1.9万円下回る46.3万円となっている。公的病院における出産費用は相対的に低くなっており、こうした傾向は一貫している。

ただし、公的病院に関し、こうして表面に現れた、言い換えれば家計に請求された出産費用は必ずしも真の費用ではないことに留意が必要であろう。公的病院のうち853ある公立病院の年間収益は5兆2,070億円であり（2019年度）、うち11.9%の6,202億円は「他会計繰入金」すなわち地方自治体の一般会計からの補填に依存している²⁾。仮に他会計繰入金が無ければ、その分を家計が負担していることになる。もちろん、他会計繰入金は産婦人科の収益補填に特定されたものではないが、産婦人科も全診療科の平均並みに補填を受けているとすれば、仮に他会計繰入金が無かった場合の公立病院における出産費用（＝公的病院の出産費用と仮定する）は46.3万円ではなく52.6万円であったことになる（＝46.3万円÷（100-11.9）%）。これは私的病院よりむしろ高い。

例えば、若者の減少と出生率の低下に伴い出生数が落ち込んでいる地方自治体において、公立病院が唯一の出産の受け皿となっており、固定費の削減には限界があることから出産1件当たりにかかる費用が高くなりつつ、そのすべてを住民に転嫁しきれていないケースなどが考えられる。

厚生労働省調査では、出産費用（室料差額、産

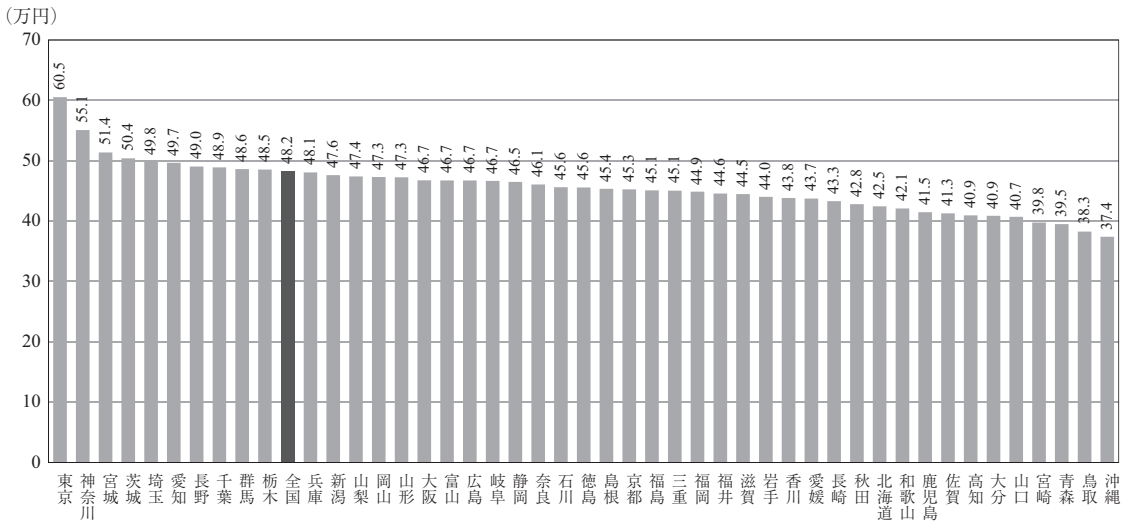
²⁾ 総務省「2021年度（令和3年度）地方公営企業年鑑」第2章事業別状況、第3表損益収支の状況。2020年度以降は新型コロナ禍の影響を受け、国庫補助金も収益に計上され、収益構造が変化しているため、ここでは新型コロナ禍以前の2019年度の数値を引用している。



注：正常分娩のみ。合計408,498件、内訳は私的病院100,083件、診療所（助産所含む）226,625件、公的病院81,790件。

資料：厚生労働省第167回社会保障審議会医療保険部会（2023年9月7日）資料2「出産費用の見える化等について」より著者作成。

図3 出産費用の推移，全施設と施設別（室料差額，産科医療補償制度掛金，その他費目を除く）



注：正常分娩のみ。合計408,498件。

資料：厚生労働省第167回社会保障審議会医療保険部会（2023年9月7日）資料2「出産費用の見える化等について」より著者作成。

図4 出産費用（2022年度），都道府県別（室料差額，産科医療補償制度掛金，その他費目を除く）

科医療補償制度掛金，その他費目を除く）が都道府県別にも示されている（図4）。最も高い東京都は、全国平均48.2万円を12.3万円上回る60.5万円であり、2位の神奈川より5.4万円高く突出している。最も低いのは、全国平均を10.8万円下回る沖

縄の37.4万円である。

2 出産育児一時金および付加給付

では、こうした出産費用は医療保険制度のなかでどのように賄われているのであろうか。わが国

表1 医療保険財政（2021年度）

(億円)

制度	収入	支出				給付	支出				後期高齢者 支援助金	前期高齢者 納付金	その他
		保険料	公費(税)	前期高齢者 交付金	その他		医療給付	その他 現金給付等	うち出産育 児一時金	その他			
協会けんぽ ①	111,280	98,553	12,463	-	264	108,289	67,017	61,773	5,244	1,526	21,596	15,541	4,135
組合健保 ②	83,827	82,651	27	-	1,148	84,674	42,472	37,862	4,610	1,160	20,133	16,379	5,690
国家公務員共済	5,817	5,370	-	-	446	5,921	2,736	2,450	286	100	1,582	1,097	506
地方公務員共済	19,627	16,358	-	-	3,269	19,496	8,928	7,372	1,556	335	4,286	3,690	2,592
私学共済	2,790	2,771	17	-	2	2,815	1,597	1,350	246	62	703	463	52
船員保険 ④	359	313	29	-	17	309	202	174	28	3	71	29	7
国民健康保険(市町村 と都道府県) ⑤	117,413	22,991	46,771	37,918	9,733	111,864	87,582	87,166	416	302	15,532	30	8,720
国民健康保険組合 ⑥	7,806	5,036	2,530	51	189	7,841	4,676	4,470	205	91	1,729	611	825
計	348,918	234,044	61,837	37,968	15,069	341,209	215,209	202,618	12,592	3,578	65,632	37,840	22,528

	収入	支出				給付	その他
		保険料	公費(税)	後期高齢者 交付金	その他		
後期高齢者医療制度	171,953	13,893	84,490	65,266	8,304	166,129	12,866

注：その他現金給付は、疾病手当金、出産手当金、出産育児一時金、埋葬料。組合健保と共済の付加給付もここに含めており、「等」としている。

資料：2021年度分掲載の次の資料より著作作成。全国健康保険協会「事業報告書」、健康保険組合連合会「健康保険組合決算見込状況」、財務省「国家公務員共済組合事業統計年報」、総務省「度地方公務員共済組合等事業年報」、日本私立学校振興・共済事業団「決算報告書」、同「私学共済制度統計要覧」、厚生労働省「国民健康保険事業年報」、同「後期高齢者医療事業状況報告」、同「健康保険・船員保険事業年報」。

の医療保険は、年齢、就業状況、および、居住地によって加入する制度が異なっている。74歳以下は、就業状況や居住地によって加入する制度が異なり、75歳以上は就業状況にかかわらず居住する都道府県ごとの後期高齢者医療制度に加入する。74歳以下が加入する医療保険者は、表1の①～⑥にあるように大きく6つに分類可能である。①～④は被用者保険と総称される。以下、規模の小さい④と⑥は捨象するが、議論の大勢に影響はない。

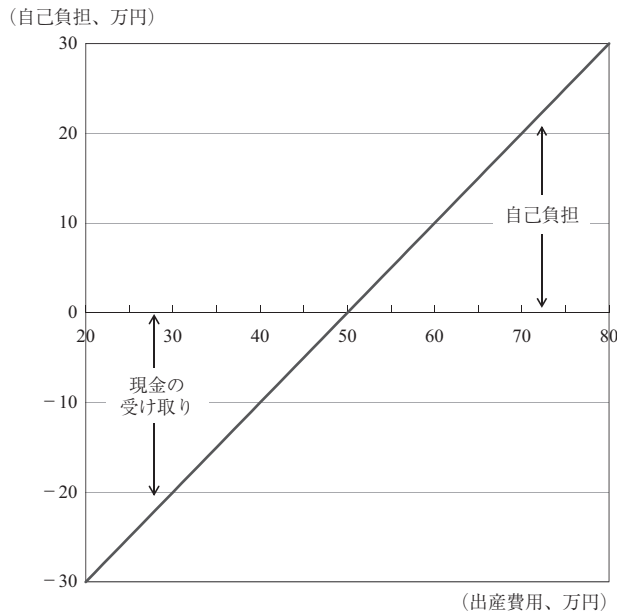
②の組合健保の給付を例にとると、まず、医療給付3兆7,862億円は、現物給付と療養費・高額療養費・移送費等の現金給付に分かれる。次に、療養費・高額療養費・移送費等とは別に現金給付4,610億円がある(表1では「その他現金給付等」と表記)。このなかに、出産費用に関する給付である出産育児一時金と付加給付が含まれている。

1つめの出産育児一時金は、①～⑥すべての制度に共通する。2021年度は、1人当たり42万円の

給付額のもと各医療保険制度の給付を集計すると3,578億円となる。これは①～⑥の給付計21兆5,209億円の1.7%である(表1)。出産育児一時金は法定給付であり、冒頭述べたように2023年4月から50万円に引き上げられているが、前掲の「出産費用の実態把握に関する調査研究(2022年度)」における出産費用の平均54.6万円をなお4.6万円下回っている。

2009年10月以降、それまでの償還払い、すなわち、医療機関の窓口で出産費用をいったん全額支払い、後に保険者から償還される方式に代わり直接支払制度が導入されている。医療機関から社会保険診療報酬支払基金あるいは国民健康保険団体連合会あて出産育児一時金の範囲内で出産費用の請求がなされ、出産費用が出産育児一時金を上回れば、本人は差額を窓口で支払う。出産費用が出産育児一時金を下回れば、差額が本人あて保険者から給付される(図5)。

2つめは、付加給付である。付加給付とは、③共



資料：著者作成。マイナスは現金の受け取り。

図5 出産育児一時金50万円給付後の自己負担

済組合および②組合健保の一部に独自の給付であり、そのなかに出産費を対象としたものがある。付加給付は、法定外給付に位置付けられる。例えば、国家公務員共済には省庁別に20の組合があるが、出産費を対象とした付加給付があり、19の組合においてその金額は4万円であることが確認できる³⁾。地方公務員共済も、地方職員、公立学校、警察、東京都職員、指定都市職員、市町村職員、都市職員などに大きく分かれているが、平均すれば出産費を対象とした付加給付は4万円程度とみられる⁴⁾。私学共済の給付額は5万円程度とみられる⁵⁾。組合健保は現在1,383組合あり⁶⁾、付加給付に関する一覧性のある統計は見当たらないが、WEB上で金額を公表している保険者もあり、そうした数字をいくつか拾ってみると1.5万円から20

万円までさまざまな金額が見られ、バラツキが大きいものと推察される。

他方、協会けんぽと国保には付加給付はなく、前述のように組合健保でもすべての保険者において出産費を対象とした付加給付がある訳ではない。1,383ある組合健保うち315組合は保険料率が10%超、すなわち協会けんぽを超えている⁷⁾。そうした組合では、付加給付がないとの話も聞かれる。

3 地方自治体独自の助成

こうした医療保険からの経済的支援に加え、地方自治体独自の施策も散見される。本稿では、東京都23区をサンプルとし、出産費用に対する区独自の助成制度の有無と内容を調べた。すると、4

³⁾ 財務省「2021年度（令和3年度）国家公務員共済組合事業統計年報」統計表第2編短期給付 第16表附加給付組合別状況。

⁴⁾ 総務省「2021年度（令和3年度）地方公務員共済組合等事業年報」統計表Ⅰ短期附加給付状況調。

⁵⁾ 日本私立学校振興・共済事業団「2021年度（令和3年度）私学共済制度統計要覧」付加給付等・科目別分析より計算。

⁶⁾ 健康保険組合連合会「2022年度（令和4年度）健康保険組合 決算見込状況」。

⁷⁾ 健康保険組合連合会「2022年度（令和4年度）健康保険組合 決算見込状況」。

表2 高額療養費制度の自己負担上限額

適用区分			上限額 (円)			(参考)
	被用者保険	国保				
(ア)	標準報酬月額 83万円以上	旧ただし書き所得(年) 901万円超	A + (医療費 - B) × 1%	A	B	A ÷ 0.3
(イ)	53~79万円	600万円~901万円	A + (医療費 - B) × 1%	252,600	842,000	842,000
(ウ)	28~50万円	210万円~600万円	A + (医療費 - B) × 1%	167,400	558,000	558,000
(エ)	26万円以下	210万円以下	A	80,100	267,000	267,000
(オ)	住民税非課税者	住民税非課税者	A	57,600	-	192,000
			A	35,400	-	118,000

注：上限額は、世帯ごと、ひと月の金額。

資料：厚生労働省「高額療養費制度を利用される皆さまへ（2018年8月診療分から）」より著者作成。69歳以下を対象。

つの区において助成制度が設けられていた。最も手厚いのは港区であり、助成金算出上限額81万円（子ども1人の場合）、または、出産費用の実費のいずれか低い額から、出産育児一時金50万円（および、付加給付がある場合はそれも）を差し引いた全額が助成される⁸⁾。ちなみに、同区所在の愛育病院のHPには、正常分娩時の出産費用の最低価格が81.9万円である旨が掲載されている⁹⁾。港区在住者であれば、同病院での出産は、自己負担0.9万円ですむことになる。

このほか、渋谷区では、ハッピーマザー出産助成金の名のもと、1人の出産につき10万円が給付される。ただし、区民が加入している医療保険の保険者から付加給付が支給される場合は、その額を控除した金額となる¹⁰⁾。ほかにも、世田谷区では、出産児1人につき5万円が給付され¹¹⁾、千代田区では、誕生準備手当として一妊娠につき一時金として4.5万円が給付される¹²⁾。

このような地方自治体独自の施策や2節で述べた付加給付の存在が、高額な出産費用の支払いを容易にしており、出産費用の押し上げにつながっている可能性があることに留意しておく必要がある。それは、人口減少地域において出産1件当

たりの真の費用が高くならざるを得ないのとはタイプの異なる価格押し上げ要因である。

Ⅲ 保険適用が各主体にもたらす経済的影響

1 家計の負担構造とインセンティブの変化

出産費用を保険適用とし、併せて、仮に現行の出産育児一時金を廃止した場合、家計には次のような3つの負担構造の変化が生じる。なお、ここではa.出産費用を構成する分娩料、入院料、新生児管理保育料などといったすべての費用を医療保険の適用とし、かつ、b.出産育児一時金を廃止するという仮定を置くが、その是非は重要な論点であり次章で議論する。

家計の負担構造の変化として第1に、出産費用が50万円以下でも、50万円超でも定率3割の自己負担となる。

第2に、ただし、ここが重要なポイントであるが、医療保険には高額療養費制度があるため、自己負担があらかじめ決められた上限額を超えた場合、超えた額が医療保険から給付される。よって、自己負担が青天井で増えることはない。上限額は、所得水準の高い方から（ア）～（オ）の5段

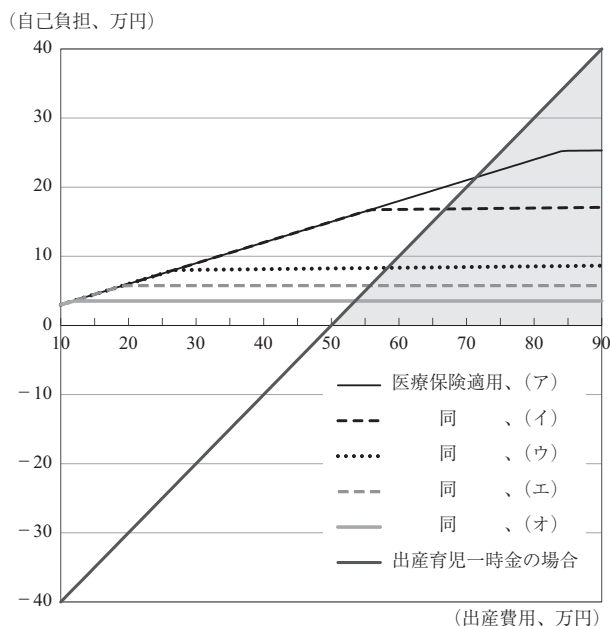
⁸⁾ 港区。https://www.city.minato.tokyo.jp/kodomokyufu/kenko/ninshin/shussan/jose.html 2023年12月14日アクセス。

⁹⁾ 愛育病院。https://aiiku.net/inpatient/charge.php 「分娩経過に異常がなく正常分娩でご出産され、産褥期間も母子ともに健康である場合、お母さん、赤ちゃん共に6日入院（一般室使用）で、819,000円～となります」2023年12月14日アクセス。

¹⁰⁾ 渋谷区。https://www.city.shibuya.tokyo.jp/kodomo/ninshin/ninshin-teate/happy_josei.html 2023年12月14日アクセス。

¹¹⁾ 世田谷区。https://www.city.setagaya.lg.jp/mokuji/kodomo/001/002/d00203064.html 2023年12月14日アクセス。

¹²⁾ 千代田区。https://www.city.chiyoda.lg.jp/koho/kosodate/kosodate/ninshin/junbiteate.html 2023年12月14日アクセス。



注：(ア)～(オ)は高額療養費制度における適用区分。
資料：著者作成。

図6 医療保険適用とした場合の所得段階別自己負担

階で設定されており（表2）、所得の基準として被用者保険の場合「標準報酬月額」が、国保の場合「旧ただし書き所得」が用いられる。

適用区分（ア）～（ウ）の場合、上限額は次の式で計算される。

$$\text{上限額} = A + (\text{医療費} - B) \times 1\%$$

AとBは適用区分ごとに異なる金額が設定されている。AはBの3割であり、すなわち、医療費がBに到達するまでは3割負担、Bを超えると超過分については1%負担へ軽減される設計となっている。完全な頭打ちではない。

適用区分（エ）と（オ）の場合、上記式の第2項は免除され、上限額はそれぞれ5.76万円、3.54万円の完全な頭打ちになっている。

家計の負担構造の変化として第3に、出産費用が50万円未満で済んだとしても、現行の出産育児一時金と異なり、家計は現金を受け取ることはできない。

こうした3つの変化について数値例を用いながら考察を進めると、例えば、適用区分（ウ）の家

計の場合、出産費用26.7万円（=B）の自己負担はその3割の8.01万円（A）であり、以降、出産費用が上がっても、自己負担の増分は（出産費用－26.7万円）の1%のみとなる（図6）。仮に、出産費用が東京都平均をやや上回る70万円であった場合、（ウ）の家計の自己負担は、高額療養費制度があることにより8.44万円に抑えられる。出産育児一時金であれば、20万円もの自己負担となっていたところである。

この（ウ）の家計にとって、出産育児一時金と医療保険の適用の損益分岐点は出産費用59万円と計算される（1万円単位で計算した概算）。すなわち、出産費用が59万円を超えるのであれば、現行の出産育児一時金よりも出産費用を医療保険の適用とした方が、家計の経済的負担は軽くなる。それは、図6の「出産育児一時金の場合」を表す直線の右側アミ掛け部分となる。

ただし、このことは裏を返せば、出産費用が58万円以下であれば、出産費用の医療保険の適用に比べ、出産育児一時金の方が、（ウ）の家計にとっ

て経済的利益が大きいことを意味する。例えば、出産費用が40万円であったとすると、出産育児一時金であれば10万円の給付を受けられていたものが、医療保険の適用となるとむしろ8.14万円の自己負担が生じてしまうことになる。

(ウ)より所得の低い(エ)と(オ)の家計は、出産費用がそれぞれ19.2万円(A÷0.3)、11.8万円(A÷0.3)の時点で、自己負担は高額療養費制度の上限である5.76万円(A)、3.54万円(A)に早くも達する。こうした10万円台の出産費用は実際には存在しないであろうから、(エ)と(オ)の家計にとって、いかなる出産費用であろうとも、自己負担は定額ということになる。(エ)と(オ)にとって、出産育児一時金と医療保険の適用の損益分岐点は、それぞれ出産費用54万円、56万円と計算される。

他方、(ウ)より所得の高い(ア)と(イ)の家計の自己負担は、出産費用がそれぞれ84.2万円(B)、55.8万円(B)に達するまで3割負担であり、それ以降、それぞれ25.26万円(A)、16.74万円(A)に(出産費用-B)×1%の上乗せとなる。(ア)と(イ)の家計の損益分岐点はそれぞれ出産費用72万円、67万円と計算される。すなわち、(ア)と(イ)の家計にとって、こうした水準の出産費用となつてはじめて保険適用のメリットが生じることになる。

出産費用の保険適用は、このように家計の負担構造を変え、その変化が医療機関の選択やサービスの需要など家計の行動に影響を及ぼす。(ウ)の家計を例にとると、出産費用が26.7万円(A)を超えれば、いかに出産費用が高くなろうと、高額療養費制度が適用されるため、自己負担はほぼ横ばいとなり、出産費用を抑えるインセンティブは効きにくくなる。医療機関の選択が可能で環境にある家計であれば、あらかじめ提示された出産費用が高額であることをもって良質であることのシグナルととらえ、そうした医療機関を選択する可能性があるだろう。他方、現行の出産育児一時金であ

れば、(同様に医療機関の家計による選択が可能な環境であれば)出産費用を抑えるインセンティブが働きやすい。出産費用と出産育児一時金との差額がダイレクトに家計に跳ね返ってくるためである。(ウ)より所得の低い(エ)と(オ)の家計も同様である。

(ア)と(イ)の家計については、出産費用がそれぞれ84.2万円(B)、55.8万円(B)に達するまで高額療養費制度の上限額に到達しないことから、それまでの間は出産費用を抑えるインセンティブが一定程度働くと考えられる。

では、実際の出産世代(20歳から39歳とする)、は、適用区分(ア)～(オ)にどのように分布しているのだろうか。まず、①協会けんぽには出産世代の被保険者が861万人おり、標準報酬月額分布は、(エ)以下で全体の63.4%の546万人、(ウ)以下で全体の97.8%の842万人となっている(図7)。なお、(エ)と(オ)の明確な区分が難しいため、「(エ)、(オ)」とし(オ)を含めている。

次に、②組合健保は、出産世代の被保険者が674万人おり、協会けんぽに比べ所得水準は高くなるものの、それでも(エ)以下で全体の39.8%の268万人、(ウ)以下で全体の93.1%の627万人となっている(図7)。③共済組合も、組合健保とほぼ同様と考えて良いと思われる¹³⁾。要するに、被用者保険の出産世代はおおむね(ウ)以下にいる。

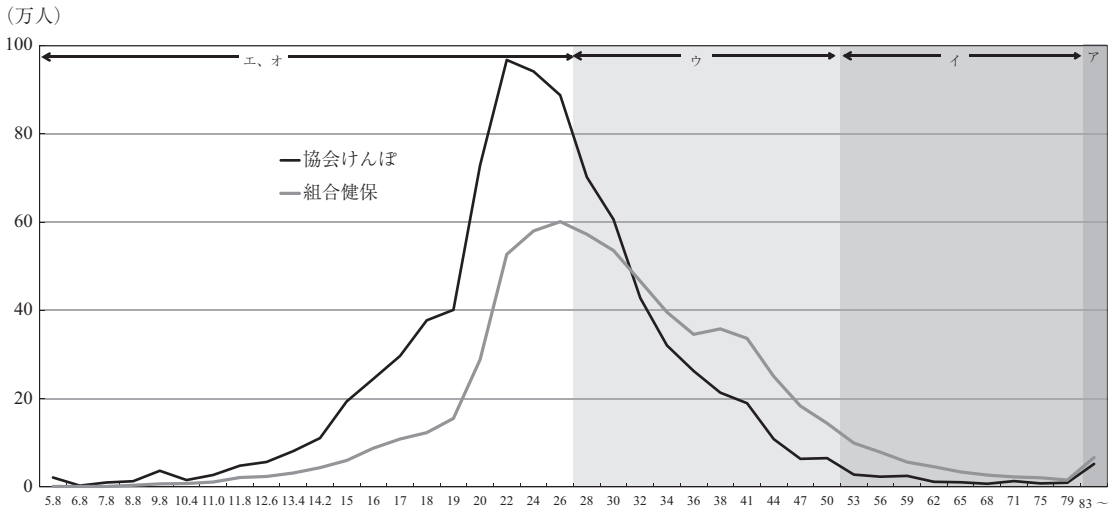
さらに、⑤国保の被保険者は、(エ)以下への集中が顕著である(図8)。本来であれば、「旧ただし書き所得」の分布を用いるべきであるが、統計の制約上それが困難であるため、厚生労働省「国民健康保険実態調査令和3年度」で公表されている「所得」の分布を用いることとする。すると、国保の出産世代332万人¹⁴⁾のうち86.7%の288万人が(エ)以下であり、99.1%の329万人が(ウ)以下である。

以上のような数値例と出産世代の所得分布を踏まえると、次の論点が指摘できる。

1つは、出産費用の保険適用によって生じる自

¹³⁾ 令和2年度の被保険者1人当たり標準報酬月額は、協会けんぽ29万円、組合健保37.5万円、共済組合40.9万円である。厚生労働省保険局調査課「医療保険に関する基礎資料～2020年度(令和2年度)の医療費等の状況～」による。

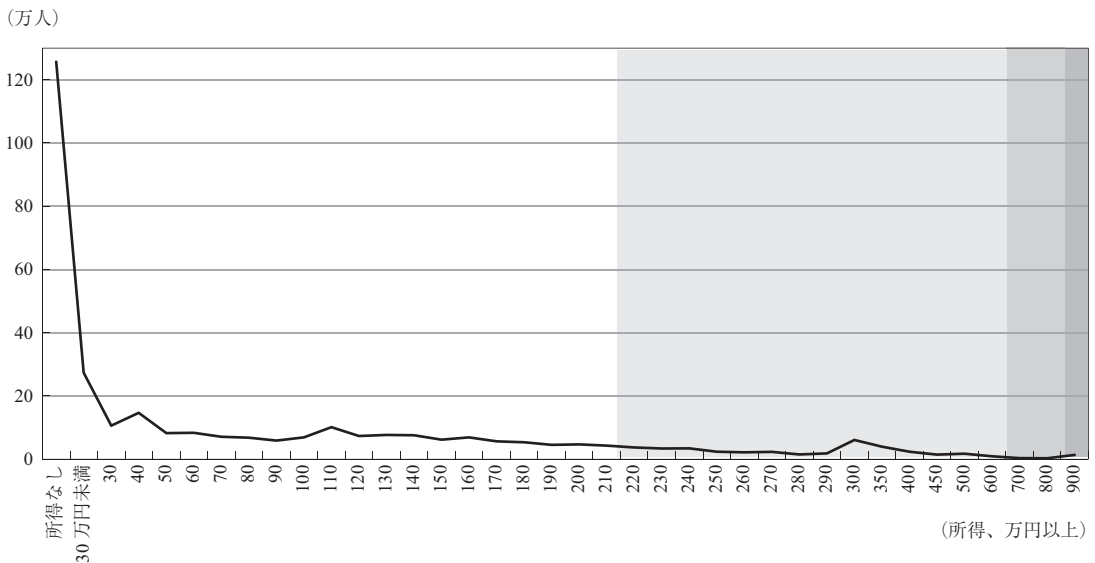
¹⁴⁾ 所得不詳の34万人を除いた人数。



注：(ア)～(オ)は高額療養費制度における適用区分。

資料：次の資料より著者作成。厚生労働省「健康保険・船員保険被保険者実態調査（2021年10月調査）」より著者作成。組合健保の被保険者数は推計。「健康保険・船員保険被保険者実態調査（2021年10月調査）」の年齢階級別サンプル数と健康保険組合「2022年度健康保険組合 決算見込状況」において公表されている令和3年度の被保険者数の合計人数から算出。

図7 協会けんぽと組合健保被保険者の20～39歳の標準報酬月額分布



注：ここに示されている「所得」から基礎控除43万円を控除した額が「旧ただし書き所得」となる。仮に、旧ただし書き所得を横軸とした場合、分布はその分左側にシフトする。

資料：厚生労働省「国民健康保険実態調査2021年度」第8表-1-1より著者作成。

図8 国民健康保険の20～39歳被保険者の所得分布

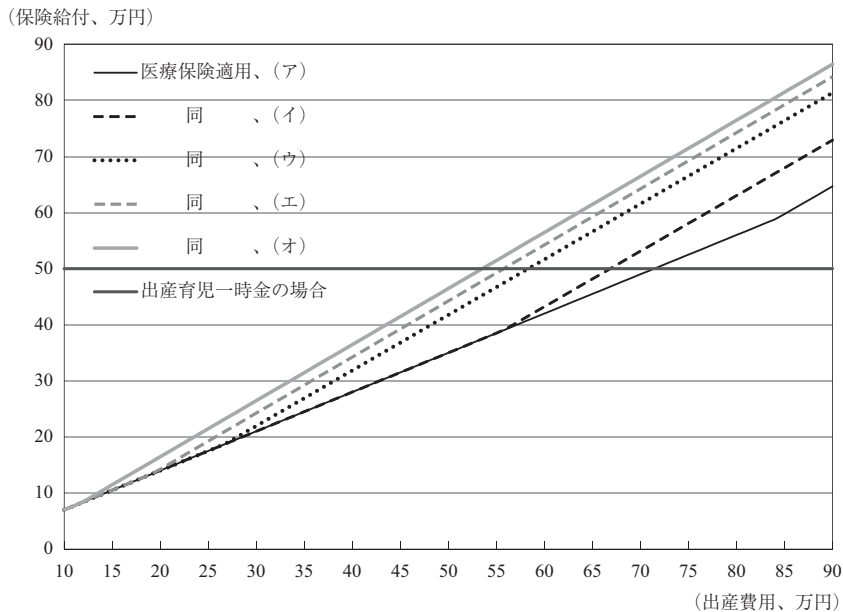


図9 医療保険適用とした場合の保険給付

己負担に対する経済的支援の必要性の有無である。特に図6の出産育児一時金の直線の左側の出産費用において、それが論点となる。

2つめは、相対的に高い出産費用までをも保険給付する合理性である。

3つめは、自己負担がもつばら定額となることによるインセンティブの後退あるいは喪失である。それにより出産費用の膨張がもたらされる懸念がある。

4つめは、高額療養費制度の趣旨から外れる可能性である。わが国の医療保険制度は、3割の自己負担を原則とし、それにより受益者負担と費用抑制インセンティブを持たせつつ、ビッグリスク回避の仕組みとして高額療養費制度が存在していると考えられる。予期せぬ事態において稀に使うものである。すると、出産費用の保険適用によって、出産という意図した事態においてほぼ常に高額療養費制度が用いられるならば、制度本来の趣旨を踏み外している可能性がある。

2 保険財政の給付構造の変化とインセンティブの発生

出産費用を医療保険の適用とした場合、保険者には次の給付構造の変化が生じる。

第1に、出産費用に対し定率7割の保険給付および高額療養費制度の給付が生じる。出産費用の多寡にかかわらず、出産育児一時金として一律50万円の給付である現行制度と大きな違いである。

第2に、保険者の負担は、(ア)～(オ)の家計によって異なる(図9)。まず、(オ)の家計については、出産費用54万円までであれば、出産費用の医療保険適用の方が出産育児一時金に比べ、保険者の持ち出しは小さくなる。同様に、(エ)、(ウ)、(イ)、(ア)それぞれの家計について、そうした損益分岐点となる出産費用は56万円、59万円、67万円、72万円である。

こうした保険者の給付構造の変化により、保険者には出産費用抑制に向けたインセンティブが働くようになる。

3 医療機関

出産費用を医療保険の適用とした場合、医療機関には次の変化が生じる。

第1に、公定価格として診療報酬が設定され、出産を取り扱う都度、診療報酬請求書（レセプト）を作成し、審査支払機関に提出し支払いを受ける。

第2、妊婦からは、出産費用の3割から高額療養費制度から給付される分を差し引いた窓口負担の支払いを受ける。

IV 医療保険適用に向けた課題

1 保険適用の範囲と水準の設定

これまでの議論から出産費用の保険適用に向けた課題がみえてくる。1つめは、出産費用を構成する分娩料、入院料、新生児管理保育料などのうち、いったいどこまでを保険給付の範囲に含めるのか、含めるとしても診療報酬をどのような水準に設定するのかである。

出産費用の主要な構成項目のうち、まず、分娩料を保険適用にするとしても、問題はその水準である。正常分娩の分娩料は、Ⅱ章1節で指摘した通り、出産費用の過半を占めているが、帝王切開の診療報酬よりも高く、差は拡大している。要因はさまざまであろうが、例えば、医療機関は、出産1件ごとの収支をプラスにする必然性はなく、正常分娩と異常分娩のトータルの出産で収支をプラスに持っていければよいはずである。すると、帝王切開は公定価格である診療報酬が抑えられているうえ¹⁵⁾、出産件数に占める割合が増えていることから労力がそちらに割かれ、それが医療機関の

収益を圧迫しているとするならばその分、自由価格である正常分娩の分娩料でカバーを図るといった医療機関の行動が考えられる。正常分娩の診療報酬の設定に際しては、こうした行動に関するエビデンスが集められ、それが踏まえられる必要があるだろう。

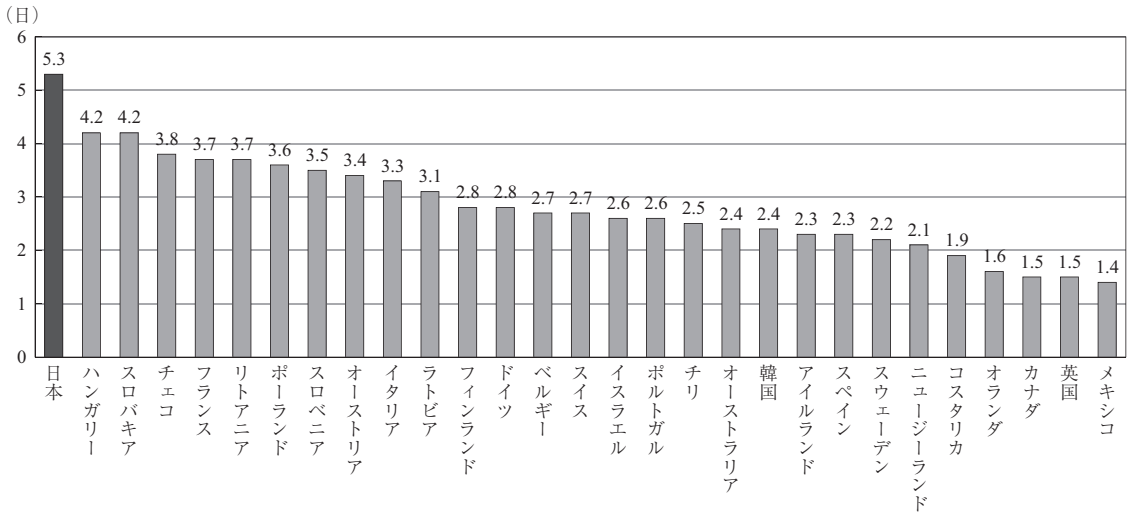
次に、入院料である。医療保険の適用とするとしても、適正な入院日数と一日当たり入院料の設定が必要である。日数について、厚生労働省「患者調査」（2020年9月）によれば、わが国の正常分娩の平均入院日数は5.3日である。これは、データの取得可能なOECD加盟28か国と比較しても際立って長い（図10）。

果たして5.3日が適正な入院日数なのであろうか。入院日数の長さには、わが国の医療提供体制や社会のあり方に起因する部分があれば、それが是正されたうえで日数が医療保険の適用範囲とされるべきである。例えば、医師の柴田綾子は、ウィメンズヘルスが産婦人科の専売特許であるというのは誤解であり、その多くはプライマリ・ケアの領域にあるという¹⁶⁾。そうしたプライマリ・ケアが妊産婦の自宅近隣に整備されていれば、自宅から遠距離にある産院から退院した後も、産後ケアの継続性を保つことが出来る。それは入院日数の短縮となる。あるいは、男性の育児休業取得が当たり前の社会となっていれば、退院後の家事を夫に任せて妻は休養をとることができ、それも入院日数の短縮につながる可能性がある¹⁷⁾。現行の入院日数を所与としたまま保険適用してしまえば、限られた財源の非効率な利用になるばかりか、望ましい医療提供体制および社会への変革を妨げることになりかねない。

¹⁵⁾ 全国保険医団体連合会（2023）は、次のように帝王切開の診療報酬引き上げを求めている。「『2選択帝王切開』の点数は、2016年度改定において『複雑な場合』の加算（2,000点）が新設されたものの、本体点数が2014年改定時に大幅に引き下げられた水準のままであり、依然として経営体力の弱い診療所は帝王切開を敬遠せざるを得ず、結果として総合病院等の三次医療機関に患者の過度な集中を招く危険性が高まっている。既に産科医療の崩壊が加速している下で、産科医療機関の減少に一層拍車をかける帝王切開術の点数は引き上げるべきである」。

¹⁶⁾ 柴田（2021）。「『ウィメンズヘルス＝産婦人科』という誤解が多くありますが、ウィメンズヘルスの多くはプライマリ・ケアの領域にあります」。

¹⁷⁾ 川原ほか（2012）は、次のように入院期間に対する社会的要因の影響を指摘する。「褥婦の入院期間の設定は、（中略）核家族の増加や退院後に身近な支援者がいないための延長希望がある一方、上の子どもに対する心配や経済的事情から早期退院を希望する場合など、多様な社会的要因が入院期間の延長や短縮に影響していることが、当院の状況から推測できる」。



注：次の10か国は、OECD.Statからデータ取得出来ず。日本、コロンビア、デンマーク、エストニア、ギリシャ、アイスランド、ルクセンブルグ、ノルウェー、トルコ、米国。

資料：2020年。日本のデータは、厚生労働省「患者調査2020年（令和2年）」全国編 閲覧第90表（その1）単胎自然分娩の退院患者平均在院日数。日本以外の国は、OECD.Stat Healthcare Utilisation: Hospital average length of stay by diagnostic categoriesのSingle spontaneous delivery（2023年10月16日データ取得）。

図10 単胎自然分娩（Single spontaneous delivery）平均入院日数、OECD加盟29か国比較

1日当たり入院料について、国民健康保険中央会の2016年度調査に基づけば、前掲のように病院2.1万円、診療所1.4万円であった。診療報酬における地域一般入院基本料が1万円強であるのと比べ高額である。これも、前述の正常分娩費のケースにおけるような自由価格であるがゆえの設定がなされている可能性がある。

さらに、新生児管理保育料である。新生児管理保育料について、少なくとも現在の水準をそのまま保険適用すべきか、次の点を踏まえると、議論の余地がある。第1に、新生児管理保育料の定義を思い起こせば、健康な新生児の収容と保育であり、医療ではなく保育サービスが想定されているに過ぎない。第2に、新生児は母親と同時に退院するのが一般的であると考え、恐らくわが国の新生児管理保育の日数はOECD加盟国と比較しても長くなっているものと推察される¹⁸⁾。

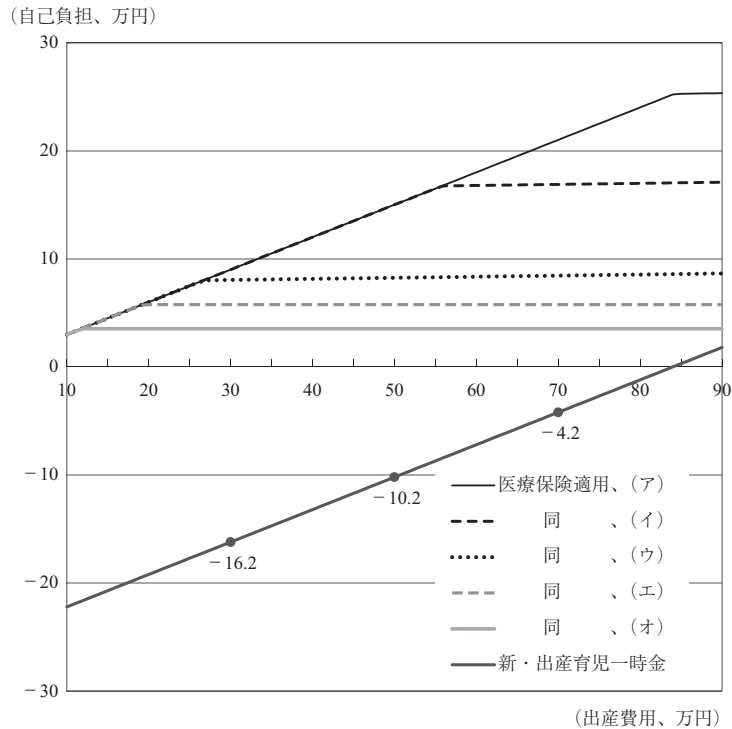
このように、出産費用のすべての要素について

現行の水準そのまま保険適用されるものではないと考えられる。

2 家計の負担構造とインセンティブの変化への対応

出産費用を保険適用すると、自己負担について定率3割の出番はほとんどなく、高額療養費制度の適用区分（ウ）の家計であっても、出産費用26.7万円で高額療養費制度の上限に達する。（エ）と（オ）は、出産費用がより低い段階で高額療養費制度の上限に達する。仮に、前節で述べたように、出産費用のすべての要素について現行水準がそのまま保険適用されるのではないとしても、分娩費と数日の入院費用だけですぐに30～40万円程度にはなろう。すなわち、（現実的にあり得る）自己負担の範囲における）自己負担は定額になる。その結果、出産費用が50万円を下回っても自己負担が生じ、かつ、費用抑制のインセンティブが効

¹⁸⁾ 出産費用の構成項目のうち残るのは、疾病で入院していても保険給付対象外である室料差額を除き、産科医補償制度、処置・手当料、その他の3つである。



注1：(ア)～(オ)は高額療養費制度における適用区分。図6の再掲。
 注2：新・出産育児一時金のマイナスは給付、プラスは徴収。
 資料：著者作成。

図11 新しい出産育児一時金（試案）

かない。こうしたⅢ章1節で整理した諸論点への対応が課題となる。

そこで、保険適用によって自己負担が生じ、それが定額になってしまうのであれば、出産育児一時金を廃止するのではなく存続させつつ、現行の定額給付から出産費用と反比例の給付体系へと設計を改める方法が考えられる¹⁹⁾。それにより、家計の負担を軽減させながらインセンティブを持たせることが出来る。例えば、次のよう計算式とする。

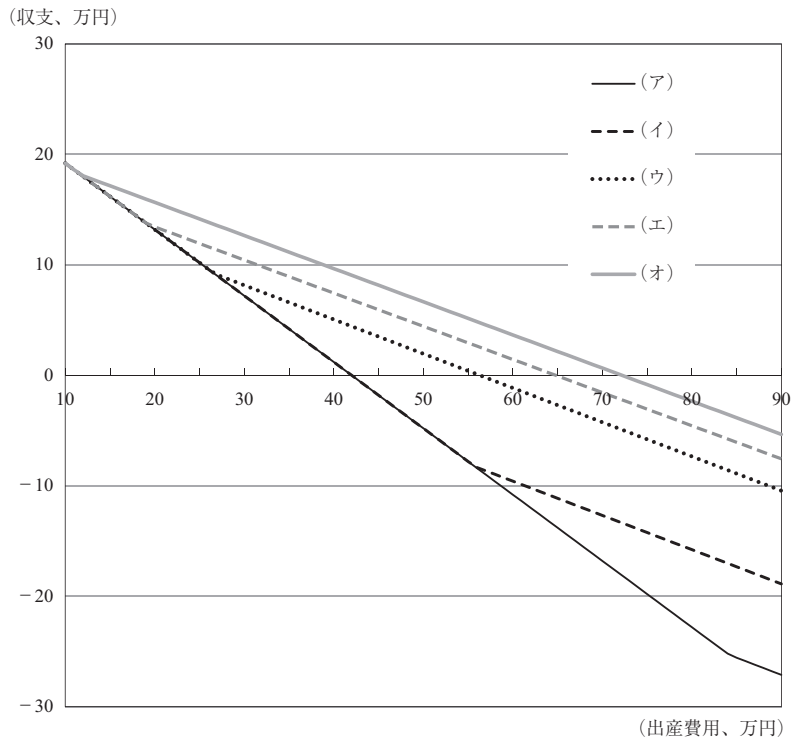
$$\text{新・出産育児一時金} = (84.2\text{万円} - \text{出産費用}) \times$$

0.3

84.2万円は高額療養費制度における適用区分(ア)のAであり暫定的にこのようにしている。0.3は医療保険における定率負担と同率であり、いわば医療保険における定率負担の機能を出産育児一時金に肩代わりさせている。

図11は、図6と同様、縦軸が自己負担であり、図上、新・出産育児一時金のマイナスは家計の受け取り、プラスは家計の持ち出しを表している。例えば、出産費用が50万円の場合、新・出産育児一時金の受け取りは10.2万円となる。家計のトータ

¹⁹⁾ ほかの選択肢は、①出産費用を高額療養費制度の対象外とするか、②出産費用に専用的高額療養費制度を別途設けることである。例えば、(ウ)～(オ)については、高額療養費制度の自己負担の上限額を18万円(すなわち出産費用60万円)程度まで引き上げる。何れにしても、家計の負担が重くなるため、本文で提示するように、出産費用に反比例した出産育児一時金などで負担を相殺する必要があるかもしれない。すると、仕組みは複雑になってしまう。



注1：(ア)～(オ)は高額療養費制度における適用区分。図6の再掲。

注2：新・出産育児一時金のマイナスは給付，プラスは徴収。

資料：著者作成。

図12 新しい出産育児一時金（試案）のもとにおける家計の収支

ルの収支を明確にするため、図11における医療保険の自己負担と新・出産育児一時金を合計したのが図12である。今度は縦軸は家計の収支である。すなわち、Y軸のゼロより上は家計の受け取り、下は負担である。これをみると、第1に、(ア)～(オ)とも費用抑制インセンティブが効く。第2に、(ア)と(イ)、(ウ)、(エ)、(オ)はそれぞれ出産費用が42万円、56万円、64万円、72万円になるまで収支はプラスであり、それを超えるとマイナスになる（1万円刻みで計算）。このように本節冒頭に掲げた論点にはおおむね対応できているものと思われる。ただし、難点は複雑なことである。もともと医療保険の自己負担は定率3割を原則としているが、それが高額療養費制度によってほぼ定額になってしまうので、それを新・出産育児一時金で再び定率に戻すという作業をここでは

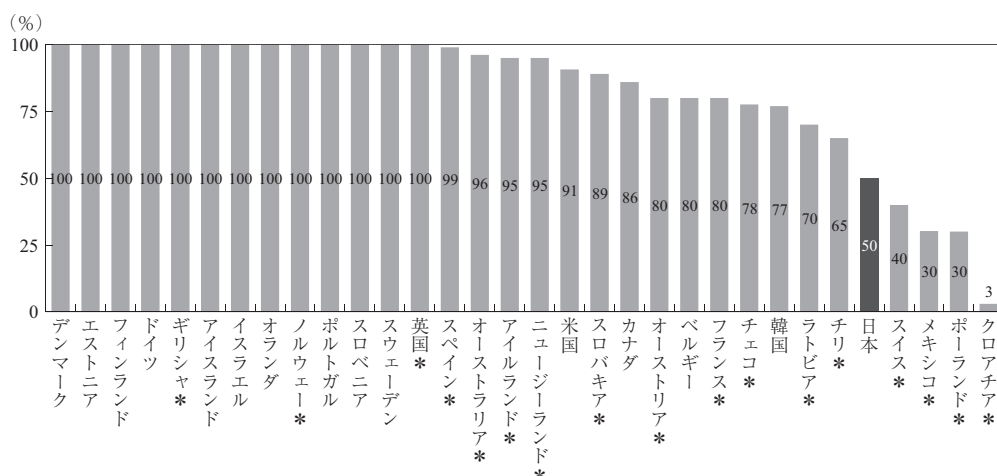
行っている。

こうした複雑さを回避するため、出産育児一時金は、現行通り一律の定額給付とし、その水準については10万円～20万円程度に引き下げる案も今後の議論における選択肢として挙がってくるものと思われる。こうした水準であれば、出産世代の大勢を占める(ウ)～(オ)の家計において自己負担は生じない。他方、費用抑制に関しては、家計にインセンティブはほぼないため、資源の浪費が懸念される。

3 医療保険に固有の課題も

出産費用の保険適用によって、医療保険に固有の課題が、出産費用においても共通するようになる。

1つめは、全国一律の診療報酬となることがも



資料：OECD ‘Health at a Glance 2023’ Figure 5.14. Proportion of primary care practices using electronic medical records, 厚生労働省「医療施設調査2020年（令和2年）医療施設（静態・動態）調査 確定数 全国編」より著者作成。2021年の値（*のついている国は2016年）、日本は2020年の値。

図13 OECD加盟国，診療所における電子カルテ利用率

たらず影響である。全国一律であることは、地域や医療機関ごとの実態に合わないとしばしば指摘される。出産費用を保険適用とすることにより、特に産婦人科が主な標榜科である医療機関の場合、医療機関ごとに経営悪化と過剰収益という両極の事態発生が予想される。診療報酬が高く設定されれば経営悪化リスクは低下するが、他方、過剰収益も拡大するうえ、そもそも帝王切開手術の診療報酬が据え置かれていることから類推されるように、正常分娩についても高い単価の設定は期待しにくい。この問題に関する即効性のある策は見出し難いが、1つの手がかりとなるのがウィメンズヘルスは産婦人科の専売特許ではないという前掲の柴田（2021）の指摘である。地域医療においては、産婦人科に限らず単科の開業から総合診療へシフトしていく方向性が積極的に議論されるべきであろう。

2つめは、出産費用の保険適用は、中医協を通じた2年に1度の診療報酬決定プロセスに載ることによる透明化への期待が前提にあると考えられるが、主に2つの面においてそれが必ずしも保障さ

れていないことである。1つは、政治からの独立性である。2年に1度の年末の診療報酬改定のため、改定幅への政治介入が報じられる。もう1つは、客観的資料の不備である。例えば、診療報酬改定を前に中医協に提示される薬剤費比率（薬剤費/国民医療費）では、DPCをはじめとした包括払いに含まれる薬剤費が分子に含まれておらず、包括払いが普及するにつれ実態との乖離が拡大しているとみられる（西沢（2020））。こうした点は早急に是正される必要がある。

3つめは、レセプト・カルテ・健診など医療情報の整備と活用である。まず、整備である。約10.3万ある一般診療所のうち、カルテが電子化されているのは半分の約5.1万診療所に過ぎない²⁰⁾。OECD加盟国の多くが軒並み100%を達成しているなか、わが国は著しく遅れをとっている（図13）。しかも、わが国において自施設のみでのデータ利用が大半であり、ほかの医療機関と連携しているのは0.4万診療所に過ぎない。連携は、患者の全体像を効率的に把握するうえで不可欠である。

²⁰⁾ 厚生労働省「医療施設調査2020年（令和2年）医療施設（静態・動態）調査 確定数 全国編」第163表，第164表。

次いで、活用である。例えば、医療保険の保険者は、レセプトと特定健診の電子化されたデータを既に保有しており、そこから個別の医療機関のパフォーマンスを把握し得る。それは、被保険者が医療機関を選択する際の重要な情報となるはずである。ところが、現在、そうした情報が保険者から被保険者向けに提供されている様子はない。そのため、被保険者はおもっぱらメディアやネットの情報、口コミなどに頼らざるを得ないのが実態と言える。こうした状況は早急に是正される必要がある。

4つめは、地方自治体独自の助成との整合性である。出産費用の保険適用時、出産育児一時金の設計や水準にもよるが、自己負担に対し、東京都23区のうちの4区の出産費用への助成や全地方自治体で実施されている子どもの医療費無償化のように地方自治体独自の助成がなされる可能性がある。子どもの医療費無償化は、大きく2つの問題がある。1つは、医療保険が定率負担を設けている意味がなくなり、患者側のコスト意識を失わせ、それが過剰受診を招き、資源の浪費につながる。もう1つは、低所得者のみならず高所得者にも恩恵がおよび、限られた財源の利用方法として効率的とは言えないことである。

V おわりに

出産費用の保険適用には、利点がある一方、克服していくべき課題も多い。賛否も分かれている。今後、建設的な議論を進めるうえで、鍵となるものの1つは、子ども・子育て、財源確保、および、医療提供体制それぞれについてビジョンの共有であると考えられる。例えば、男性の育休取得が普及すれば入院期間短縮につながり得る。本稿では掘り下げなかったが、医療保険者から高齢者医療への財政支援の抑制やわが国の財政健全化の道筋が見えてくるのが出産費用確保の大前提で

ある。そのように出産費用が確保されることに加え、医療提供体制に関するビジョンが明確になることで、医療機関側の先行きへの懸念も和らぐことが期待できる。

もう1つは、議論の基礎となる情報収集と共有である。例えば、前述のように公立病院における出産1件当たりの真の費用、あるいは、医療機関における正常分娩と異常分娩それぞれの収支などが明らかになればより適正な診療報酬の設定に近づくものと思われる。

参考文献

- 川原直子, 神谷摂子, 恵美須文枝 (2012) 「出産後の早期退院に関する実態」愛知県立大学看護学部紀要, Vol.18, pp.39-46, 2012。
- 草場鉄周 (2023) 「コロナ禍を経て見えてきた日本のプライマリ・ケアの課題」『日本総合研究所シンポジウム：プライマリ・ケアを核とした地域医療の再構築』JRIレビュー 2023, Vol.3, No.106。
- 柴田綾子 (2021) 「女性診療力をUPしよう」プライマリ・ケア実践誌, Vol.3, No.3 (9) <https://www.primarycare-japan.com/news-detail.php?nid=36>
- 白川修二 (2016) 「医療保険財政と保険者機能」『日本総合研究所シンポジウム：国民主体の医療制度構築に向けて—医療保険制度のガバナンスを考える』JRIレビュー 2016, Vol.2, No.32。
- 西沢和彦 (2020) 『医療保険制度の再構築』慶応義塾大学出版会。
- (2022) 「出産育児一時金の引き上げを巡る論点」東京財団政策研究所 Review October 17, 2022。
- 成瀬道紀 (2022) 「プライマリ・ケアにおけるデータ整備・活用に向けて 家庭医登録制の導入と一体で推進を」JRIレビュー 2022, Vol.8, No.103。
- 社団法人日本産婦人科医会 (2010) 「少子社会における出産費用—その支援のあり方—」。
- 日本産婦人科学会編 (2021) 『産婦人科医のための社会保険ABC第6版』メディカルビュー社。
- 研究代表者可世木成明 (2008) 「我が国における分娩にかかる費用等の実態把握に関する研究」。
- 全国保険医団体連合会 (2023) 「2024年度診療報酬・介護報酬改定に向けた保団連要求」。

(にしざわ・かずひこ)

Issues Regarding Insurance Coverage of Childbirth Expenses

NISHIZAWA Kazuhiko*

Abstract

Currently, public health insurance does not provide in-kind benefits for childbirth expenses, but instead provides a flat 500,000 yen cash benefit as a childbirth lump sum (Syussan Ikuji Ichijikin). Problems with this format have been pointed out, such as the high costs, the large amount of household expenses being taken out, and the basis for the payments being unclear. The government also plans to move forward with consideration toward insurance coverage, or in-kind payment, with a target date of 2026.

From the perspective of the public health insurance system, this paper summarizes, based on trial calculations, the changes in the household financial burden structure and the resulting changes in incentives when childbirth expenses are covered by insurance. When it comes to insurance coverage, there is a system for high-cost medical expense benefit (Kogaku Ryoyohi Seido), so it is certainly a great benefit for household finances when childbirth costs become expensive. On the other hand, as is clear from the calculations, in many households co-payments become a fixed amount, so the incentive to control costs is lost or significantly reduced. In this paper, I have also proposed measures to deal with such side effects.

Keywords : Childbirth Expenses, Childbirth Lump Sum, Public Health Insurance, High-cost Medical Expense Benefit, Benefit In-kind

* Counselor, Japan Research Institute, Limited