

無痛分娩の提供体制構築の課題と費用負担のあり方

海野 信也*

抄 録

無痛分娩の費用負担に関連する課題を理解する上で必要な、わが国の産科医療提供体制の現状及び無痛分娩に関する基本的な事項、近年のわが国における無痛分娩のニーズの高まり、無痛分娩の安全性確保の必要性について解説し、わが国の無痛分娩提供体制の整備上の課題と対策について検討した。次に、無痛分娩の費用負担のあり方について、検討の前提となるこれまでの経緯と費用負担の現状について説明した上で、妥当な無痛分娩費用についての検討を行い、保険給付とするかこれまで通り自費負担とするのが妥当か、という点についての論点を整理した。最後に、わが国における無痛分娩の費用負担のあり方について、筆者の試案を提示した。

キーワード：無痛分娩，安全対策，需要増加，費用負担，保険適用，保険外療養費制度

社会保障研究 2024, vol. 8, no. 4, pp. 446-463.

I はじめに

経膈分娩の費用負担のあり方は、本稿執筆時点では検討中の段階にある。専門家の間には、出産育児一時金による現金給付という現行制度の維持を支持する意見もある中で、経膈分娩の一形態である無痛分娩の費用負担について検討するというのは、若干時期尚早なのかもしれない。

近年の無痛分娩を希望する妊産婦の急増状況を考慮すると、近い将来に、無痛分娩が経膈分娩の際のごく普通の選択肢になることも十分に考えられる。それにも関わらず、これまでのところ、無痛分娩の経費負担の軽減策に関する検討はほとんど行われていないのが現状である。今、この時点

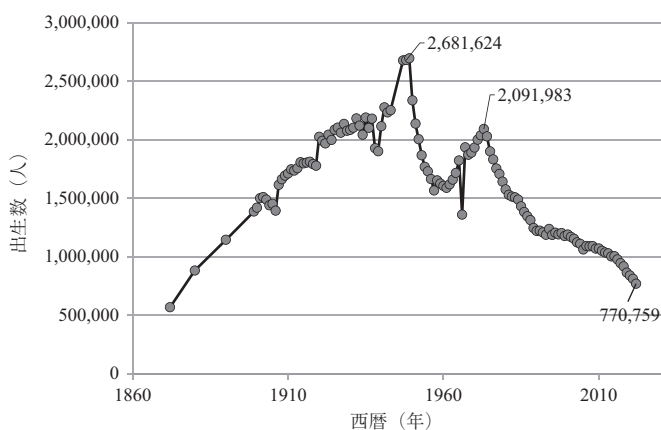
で、わが国の無痛分娩とその費用負担の現状と課題について、医療政策や社会保障の専門家の方々に最低限のご理解をいただいておりますことは非常に重要と考えられる。

本稿では、まず、無痛分娩の費用負担に関連する課題を理解する上で必要な、わが国の産科医療提供体制の現状及び無痛分娩に関する基本的な事項、近年のわが国における無痛分娩のニーズの高まり、無痛分娩の安全性確保の必要性について解説し、わが国の無痛分娩提供体制の整備上の課題と対策についての検討を行う。

次に、無痛分娩の費用負担の検討を行う。検討の前提となるこれまでの経緯と費用負担の現状について説明した上で、妥当な無痛分娩費用についての検討を行い、保険給付とするかこれまで通り

* 北里大学名誉教授

独立行政法人地域医療機能推進機構相模野病院周産期母子医療センター顧問



出所：厚生労働省「人口動態統計」より。

図1 わが国の出生数の推移

自費負担とするのが妥当か、という点についての論点を整理する。

最後に、わが国における無痛分娩の費用負担のあり方について、筆者の試案を提示することにした。

II わが国の無痛分娩について理解する上で必要な(社会的・歴史的)背景の説明

1 わが国の産科医療提供体制の現状

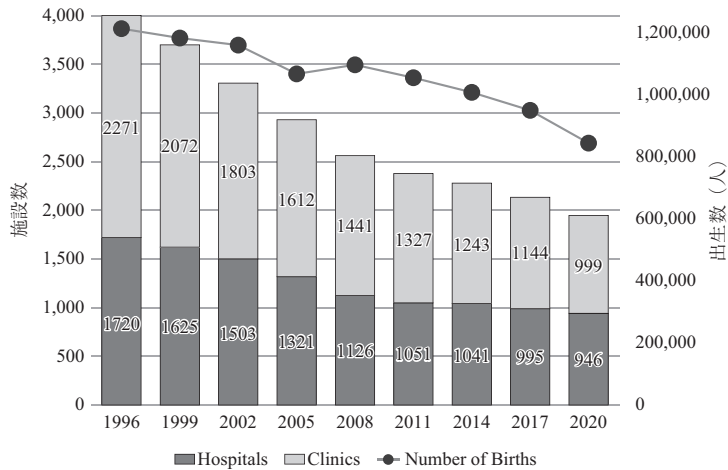
わが国の出生数は、1970年代の第2次ベビーブーム以降一貫した出生数の減少が続いており、近年はその減少速度が加速している。2022年の出生数は80万人を割る事態となっている(図1)。今世紀に入って合計特殊出生率は1.5に満たない低水準状態が持続していること、15歳から49歳の生殖年齢女性人口が減少し続けていることを考えると、今後、政府の強力な少子化対策¹⁾が行われたとしても、当分の間わが国の産科医療におけるマーケットの縮小傾向が持続することは、確実な状況

である。

分娩取扱施設については、わが国では1970年頃までに大多数の分娩が医療機関で取り扱われるようになった。厚生労働省「医療施設(静態)調査」によると分娩取扱施設数は1996年には約4,000施設だったが2020年には2,000施設を切るころまで減少してきている(図2)。この間、病院と診療所が担当する割合はほぼ半々という状況が続いている(図3)²⁾。分娩取扱病院の中には、総合病院だけでなく、有床診療所が発展した数十床規模の産科中心の産科病院や産科と小児科に特化した母子病院が相当数含まれており、数多くの分娩を担当していることに留意する必要がある。また、以前は多数存在していた、主に低所得層対象の自治体立の産院はそのほとんどが役割を終えて、閉院するか総合病院に吸収される形となっており、少数の施設を残すのみとなっている。過去50年間、わが国の分娩の過半数は比較的小規模な産科中心の民間の医療機関によって担われていることになる。ほかの先進国では、出産場所は、時代の流れ

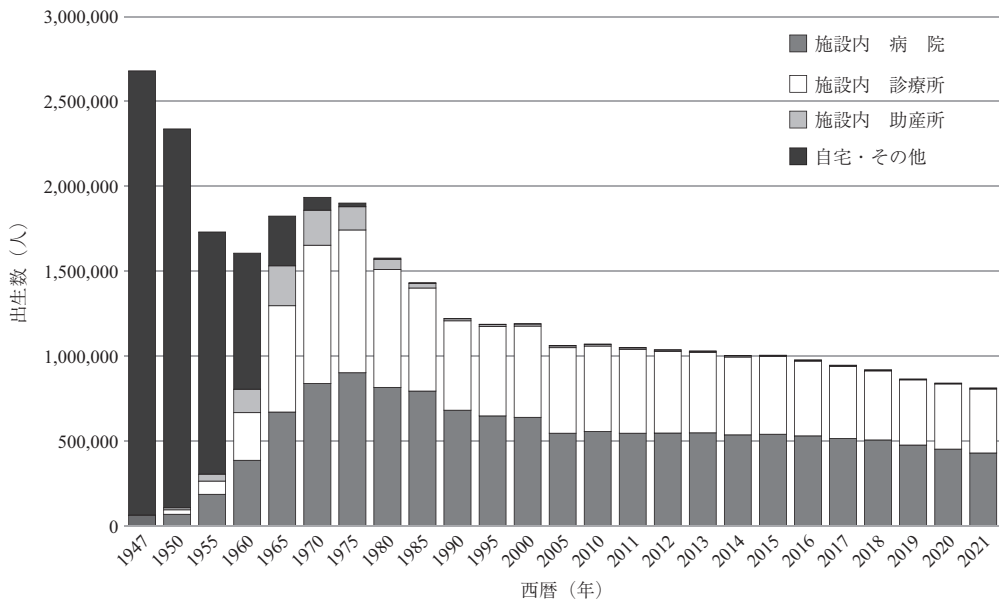
¹⁾ 政府は2023年5月の「こども未来戦略方針」において「少子化は、我が国が直面する、最大の危機である。」と述べ、「次元の異なる少子化対策として、①構造的賃上げ等と併せて経済的支援を充実させ、若い世代の所得を増やすこと、②社会全体の構造や意識を変えること、③全てのこども・子育て世帯をライフステージに応じて切れ目なく支援すること、の3つを基本理念として抜本的に政策を強化する。」としている。

²⁾ 厚生労働省「人口動態統計」によると2021年のわが国の出生811,622件の出生場所別の内訳は、病院で429,744件(52.9%)、診療所で376,340件(46.4%)、助産所で4,277件(0.53%)、自宅で975件(0.12%)だった。



出所：厚生労働省「医療施設（静態）調査」より。

図2 わが国の分娩施設数の推移



出所：厚生労働省「人口動態統計」より。

図3 出生場所別出生数の推移

とともに自宅から小規模な産科施設、そして大規模施設へと移行してきており、現時点では年間数千件以上の大規模施設が大部分の分娩を担当している国が多い。わが国も1970年代頃まではそのような方向に進んでいたと考えられるが、その後

は、個々の分娩施設の規模という点では、大きな変化は見られていない。

分娩取扱施設としてはほかに助産所があるが、助産所及び開業助産師については、取扱数の減少が続いている。2000年代に入ってから、出生数

は1%未満となっている³⁾。このような、原則として医療介入を行わない施設での出産を選択する妊婦の減少は、時代の流れとともに、妊娠する世代の女性の出産に関する考え方に変化が生じていることの反映とも考えられる。その一方で出産後、乳房ケアや育児指導等、助産師のケアを希望する褥婦は非常に多い。また助産所もその体制づくりに大きな役割を果たしている宿泊制の産後ケアサービスの需要は著しく増加しつつある。いわゆる開業助産師は、その役割を終えたわけではなく、その役割を変化させながら産科医療の担い手として役割を果たし続けていると考えられる。

1980年代以降、いわゆる早産児、低出生体重児及び病的新生児に対する医療が劇的な進歩を遂げた。しかし、このような医療が提供できるのは当初は大学病院の一部や専門医療機関に限定されていた。小規模施設で多数の分娩が行われているわが国の分娩の現場の状況を考えると、地域で発生した、救急対応が必要な妊産褥婦及び新生児を、24時間体制で受け入れる高次周産期医療機関の整備が必要と考えられた。そこで、1996年に当時の厚生省は、周産期医療の均てん化を図ることを目的とした「周産期医療システム整備指針」を示し、全都道府県で総合及び地域周産期母子医療センターを指定し、24時間体制で患者受入要請に対応する体制の整備を開始した。関係者の努力により、2011年までに全都道府県で総合及び地域周産期母子医療センターの指定が行われ、各地域で母体搬送及び新生児搬送が円滑に行われるようになった。(2023年7月現在、総合周産期母子医療センターは112施設、地域周産期母子医療センターは296施設となっている。)現状ではわが国の地域周産期医療は、主に低リスク分娩を扱う医療機関(一般病院、診療所、助産所)、周産期に係る比較的高度な医療行為及び24時間体制での周産期救急

医療を担う地域周産期母子医療センター、周産期医療システムの中核として地域の周産期医療施設と連携し、リスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療を担当する総合周産期母子医療センターの三層構造で運用されている⁴⁾。2006年から2008年にかけて頻発して社会問題となった、周産期救急患者の受入先決定困難事例⁵⁾は、このシステムの整備以降ほとんど発生しなくなっている。

2 無痛分娩とは何か

(1) 産痛 (labor pain) [Pan PH, Booth JL (2020)] について

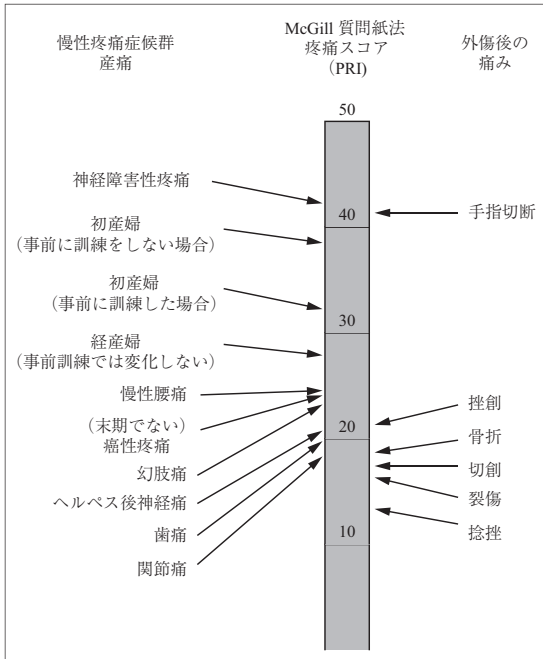
妊娠末期に子宮の収縮が増加し、10分に1回以上となった状態を陣痛発来と呼んでいる。周期的な子宮収縮である陣痛は次第に間隔が短くなり、収縮自体も強くなって疼痛を伴うようになる。これが産痛である。産痛と外傷及び慢性疼痛の程度を比較した研究(図4)では、産痛は、最も強い痛みと考えられている神経障害性疼痛や手指の切断時の痛みよりはやや弱い、通常の外傷の痛みよりも強い。生理的なものであるから軽微であるわけではない。また、産痛を予備知識なしに経験する初産婦は特に強い疼痛を感じる傾向がある。産痛は1回ではなく数分ごとに繰り返す、数時間以上続き、分娩の経過とともに劇痛を感じる割合が増加する(図5)。

疼痛を伴う子宮収縮の増加、増強によって、産婦にかかる身体的、心理的負荷は非常に大きい。陣痛は、原則として児の娩出に至るまで継続し次第に増強する。重要なのはこのような変化が本人の意思に関わらず「自然に」おきること、本人にはコントロールできないことである。このような変化に直面すると、産婦は強い不安感に襲われることになる。それは予備知識、経験に乏しい初産

³⁾ 日本助産師会のサイトによると、同会に所属する助産所は770施設あり、このうち入院助産のみ行っているのが48施設、訪問助産のみ行っているのが39施設、両方を行っているのが80施設となっている。(https://jyosanshi.medigle.jp/jyosanshikai/search (2023年12月25日最終確認))

⁴⁾ 小児・周産期医療については、厚生労働省ホームページ参照。(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000186912.html (2023年12月25日最終確認))

⁵⁾ 2006年10月の奈良・町立大淀病院事件、2008年9月の東京都立墨東病院事件等。

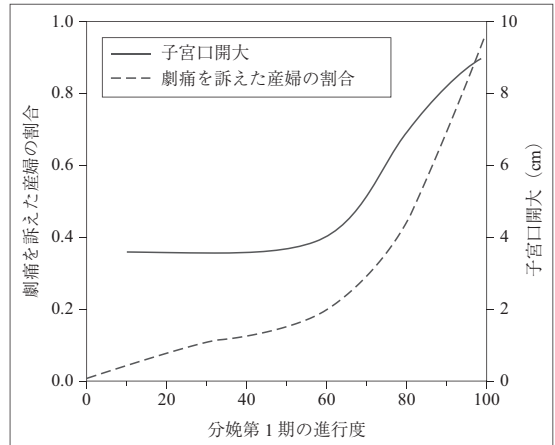


出所：Melzack R. The myth of painless childbirth (the John J. Bonica lecture). Pain. 1984 Aug; 19 (4):321-337. doi: 10.1016/0304-3959 (84) 90079-4. PMID: 6384895.より筆者作成。

図4 産痛とその他の疼痛の疼痛スコアの比較

婦でより著明である。分娩の経過中、産婦自身は分娩の進行の程度やそれが順調と言えるのかどうかという判断をすることができない。(そうした情報は、専門家による内診等の産科的診察、検査によってはじめて得られる。)ヒトという種は、このような母体の負担に対処するために、生活集団の中に出産を専門的に支援する役割の女性を持つように進化してきたと考えられている。こうした役割の女性は一般的にはbirth attendantあるいはドーラ等と呼ばれるが、わが国では、産婆、助産婦、助産師という専門の医療職として制度化されてきている⁶⁾。産婦の不安の主要原因の一つである産痛を軽減するため、さまざまな方策が考案され、実施されてきている。最も普遍的なのは、上記のbirth attendantによるケアだが、それ以外に有

⁶⁾ 分娩時の助産師の最も重要な役割は、分娩経過中を通じて、産婦に寄り添い、必要な情報を産婦に適切に提供し、経過が順調であることを告げ、本人の不安を緩和し、支えることである。そして様々な理学的方法により産痛への対応方法を指導すること等の対応を分娩の間継続的に提供する。



出所：Hardy JD, Javert CT. STUDIES ON PAIN: MEASUREMENTS OF PAIN INTENSITY IN CHILDBIRTH. J Clin Invest. 1949 Jan; 28 (1):153-62. doi: 10.1172/JCI102044. PMID: 16695651; PMCID: PMC439587. より筆者作成。

図5 分娩第1期において劇痛を経験した産婦の割合と分娩の進行の関係

用性が示されているものとして、針灸療法、催眠療法、水中分娩等がある〔Smith A et al. (2021)〕。しかし、このような方策の効果は限定的で個人差も多い。現在では麻酔薬を用いる方法が最も有効と考えられ、無痛分娩として先進国を中心に広く行われている。

(2) 無痛分娩の歴史

世界最初の無痛分娩は、1847年エジンバラで吸入麻酔薬(クロロフォルム)を用いて行われた。世界最初の外科手術への麻酔がボストンで行われたわずか3か月後のことだった。当初は自然陣痛に対して薬物的な疼痛コントロールを行うことの是非について、専門家間でも論争が行われた。しかし、分娩の当事者である一般の産婦の産痛緩和の希望は強く、1853年にヴィクトリア女王の分娩に際してクロロフォルムが使用されたこと等を通じて社会の受容が進み、普及していった。

欧米ではその後、現在に至るまで、陣痛を含む

「痛み」はその原因に関わらず有害な反応であり、治療の対象ととらえるのが一般的である。分娩時の疼痛緩和については、「医学的な禁忌がなければ、妊婦自身の希望は、陣痛の緩和をおこなう十分な適応である」という共通の認識が存在している〔ACOG Practice Bulletin (2019)〕。20世紀の中葉まで、吸入麻酔薬（笑気、エチルエーテル、クロロフォルム等）を用いた疼痛緩和が広く行われていた⁷⁾。20世紀中葉からはより児への影響が少ない局所麻酔薬を用いた脊髄幹麻酔（硬膜外麻酔、脊髄くも膜下硬膜外併用麻酔（CSEA）等）が経陰分娩時の除痛法として選択されるようになり、現在は標準的方法となっている⁸⁾。

わが国の無痛分娩の歴史は、欧米とは約100年のギャップがあり、1961年に現在の日本産科麻酔学会の前身である「無痛分娩研究会」が設立されて以降ということになる。それまでわが国では経陰分娩の産痛緩和のための麻酔薬投与は、ごく少数例に留まっており⁹⁾、むしろいわゆる「産みの苦しみ」を肯定的に受け入れる考え方が支配的だった。

1970年代には主として産婦人科医が実施する吸

入麻酔薬を中心とした無痛分娩が、日本でもかなり増加した。しかし、1980年代以降は、陣痛促進剤関連の有害事象が問題視され、無痛分娩を含む医療介入を避ける社会的風潮が生じ、ラマーズ法を初めとする呼吸法、理学療法を中心として分娩管理を行う「自然分娩」推進の考え方が主流になった。この時期、麻酔薬を用いた無痛分娩を取り扱う施設数が減少し、日本の女性にとっては無痛分娩を希望していても、実施施設を受診するのが難しい状況になっていった。比較的少数の希望者を対象として無痛分娩を継続していた施設では、脊髄幹麻酔に麻酔方法を転換する等の取組が行われていたが、無痛分娩の増加にはなかなかつながらなかった。

無痛分娩は、主に硬膜外麻酔等の脊髄幹麻酔¹⁰⁾が用いられる。硬膜外麻酔は、全身麻酔に比べると比較的侵襲の小さい確立した麻酔法である。頻度は低い（1万例に数例程度）ものの高位・全脊髄麻酔、局所麻酔中毒に起因する呼吸停止、けいれん、心停止等の重篤な合併症が発生することがあり、急変時の体制整備は実施施設にとって必須のものとなっている^{11) 12)}。麻酔科医は麻酔中の急変

⁷⁾ この時代、母体への吸入麻酔薬の投与による新生児の呼吸抑制等は認識されていたものの、その普及を妨げることにはならなかった。

⁸⁾ 硬膜外麻酔は1920年代に開発され、1940年代以降無痛分娩に用いられるようになっていった。米国では1980年代には神経管麻酔の占める割合は9-22%だったが2016年には73%になっている〔Smith A et al. (2021)〕。

⁹⁾ わが国第1例の無痛分娩は1916年順天堂医院で与謝野晶子に施されたこととされている。

¹⁰⁾ 脊髄幹麻酔neuraxial anesthesiaは、局所麻酔薬を脊髄神経の周辺に投与して行う区域麻酔であり、麻酔の効果が下半身、腹部、胸部等に限定されるように投与部位・投与量が調整される。全身麻酔とは異なり、それだけでは意識の消失を伴うことはない。脊髄は脳脊髄液中に存在し、くも膜と硬膜に包まれている。脊髄くも膜下麻酔（いわゆる脊椎麻酔）は、局所麻酔薬をくも膜下腔、脳脊髄液中に注入し、脊髄神経に直接作用させる。少量の麻酔薬で広い範囲で十分な麻酔効果が迅速に得られる。硬膜外麻酔では、比較的多い量の局所麻酔薬を硬膜の外側に注入する。麻酔薬は緩徐に浸潤し、注入部位に対応する脊髄神経の支配領域に局限した比較的mildな効果が期待できる。先端が硬膜外腔に位置するように細いチューブ（カテーテル）を挿入・留置することにより、反復及び持続的な薬剤投与ができる。この方法で長時間麻酔効果を持続させることも可能になる。無痛分娩では鎮痛が必要な時間の幅が大きいので、カテーテル留置による硬膜外麻酔を中心とした方法が選択されることが多い。

¹¹⁾ 高位・全脊髄麻酔：硬膜外麻酔の際に投与された多量の局所麻酔薬が脊髄くも膜下腔に入った場合に発生する。発生頻度は1,400分の1から16,200分の1で、稀な合併症だが、完全に予防することはできない。通常の脊髄くも膜下麻酔よりも高位まで麻酔効果が及び、興奮、徐脈・血圧の著明な低下、呼吸困難・呼吸停止、発語困難、意識喪失などの症状が認められる。直ちに気道を確保し、局所麻酔薬の効果が切れるまで呼吸循環管理を行うことで対応可能だが、対応が遅れると生命に関わる。

¹²⁾ 局所麻酔薬中毒：局所麻酔薬が、過剰量血管内に流入した場合に発生する。皮下、硬膜外腔、くも膜下腔等投与部位を問わず局所麻酔薬投与時は血液の逆流がないか確認してから行うのが通常だが、完全には予防できず、頻度は500分の1から10,000分の1と言われている。発生した場合、舌・口唇のしびれ、金属様の味覚、多弁、呂律困難、興奮などの症状を示し、進行すると意識消失、呼吸停止、心停止を起こす。迅速な診断と呼吸循環管理、血中の局所麻酔薬を吸着させるための脂肪乳剤の投与が必要になる。

時対応に習熟しているの、安全面からは、無痛分娩は麻酔科医の管理下に実施されることが望ましいと考えられている。

2017年、産科診療所における無痛分娩に関連した医療事故報道が社会の関心を集めた。問題となったのは、硬膜外麻酔の重篤な合併症の一つの全脊髄麻酔だった。厚生労働省は、安全な無痛分娩の提供体制のために必要な方策について、関係学会・団体のコンセンサスを形成する目的で、特別研究班「無痛分娩の実態把握及び安全管理体制の構築についての研究」を組織し、検討をおこなった。特別研究班では、2018年3月に「無痛分娩の安全な提供体制の構築に関する提言」〔海野(2018)〕をとりまとめた。この提言の主旨に沿って、安全な無痛分娩提供体制の整備を推進することを目的とした、無痛分娩関係学会・団体連絡協議会¹³⁾(JALA)(構成団体：日本医師会、日本産科婦人科学会、日本産科麻酔学会、日本産婦人科医会、日本麻酔科学会、後援団体：日本看護協会)が2018年7月に組織された。その後はJALAを中心に無痛分娩施設の安全対策のための体制整備が進められている。

3 わが国における無痛分娩のニーズの高まり

無痛分娩実施率は、2014年、2015年、2016年の3年間で、4.6%、5.5%、6.1%と増加傾向を示していた〔日本産婦人科医会(2017)〕が、国による医療施設調査では2020年9月の実施施設数は505施設(26%)、実施件数は6008件、実施率は8.6%となっている(表1)〔厚生労働省(2020)〕。この増加傾向はその後も継続している(図6)¹⁴⁾〔日本産婦人科医会(2023)〕。

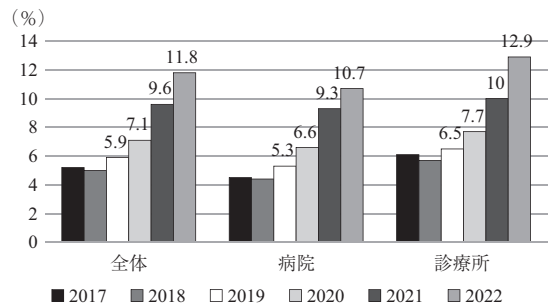
無痛分娩は欧米では以前から広く実施されていたが、わが国では2000年頃まで、比較的少数の産科医が手がけるのみで、自然分娩が主流となっていた。2000年代以降、海外の分娩関連情報が入手しやすくなったこと、欧米で無痛分娩の研修を受

表1 わが国の無痛分娩の実態

施設数	病院	診療所	全体
全分娩取扱施設数	946	999	1945
うち、帝王切開実施施設数	885	860	1745
帝王切開実施率	93.6%	86.1%	89.7%
うち、無痛経陰分娩実施施設数	234	271	505
無痛分娩実施率	24.7%	27.1%	26.0%
分娩件数	病院	診療所	全体
全分娩件数	38086	31847	69933
うち、帝王切開件数	10417	4671	15088
帝王切開率	27.4%	14.7%	21.6%
うち、無痛経陰分娩件数	3578	2430	6008
無痛分娩率	9.4%	7.6%	8.6%

2020年9月実績

出所：厚生労働省「令和2(2020)年医療施設(静態)調査」より。



出所：日本産婦人科医会「施設情報」調査

注：2022年(2023年報告)は京都・新潟が未集計。

図6 無痛分娩の実施状況 無痛分娩実施率

けた麻酔科医が帰国して大都市圏のいくつかの大規模病院で麻酔科医による無痛分娩を開始したこと、SNSを介した経験者による情報発信が進んだこと等により、それまで潜在していた無痛分娩への希望が表面化した。現時点での全国的な無痛分娩の加速度的拡大はこうした流れに沿っておきているものと考えられる。

このような無痛分娩の急速な需要の増加に対応して、無痛分娩取扱施設は増加しつつあるが、まだ全体の3分の1程度であり、地域差も大きい。取り扱っている施設でも実際に実施できる無痛分娩件数は限定されており、希望があっても断らざる

¹³⁾ 筆者は、無痛分娩関係学会・団体連絡協議会の総会議長を務めるとともに、一般社団法人日本産科麻酔学会の監事・前理事長である。

¹⁴⁾ 日本産婦人科医会の最新の調査によると、無痛分娩実施率は2020年7.1%、2021年9.6%、2022年11.8%と増加し続けている〔日本産婦人科医会(2023)〕。

を得ない施設も多い。「異次元の少子化対策」が進められる中で、無痛分娩が希望する妊婦すべてに提供できる体制の整備が求められていると考えられる。

Ⅲ わが国の無痛分娩提供体制を整備する上での課題と対策

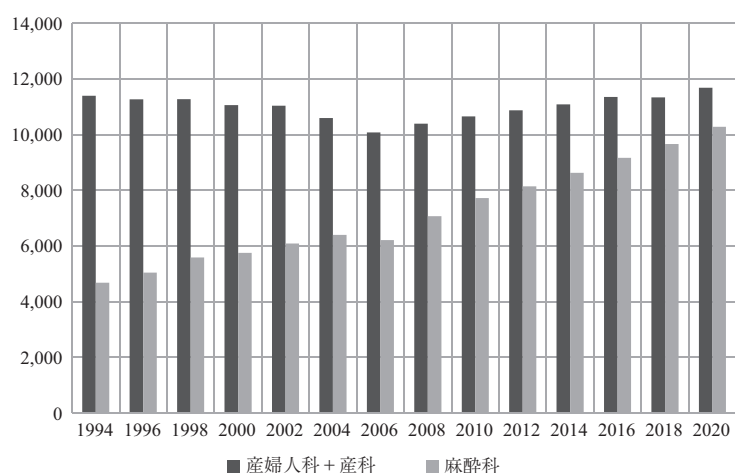
1 無痛分娩の担い手に関する課題

前述したように、わが国の出生の約半数は産科診療所で実施されている（図3）。また産科中心の病院も各地で多数の分娩を取り扱っている。こうした施設では、麻酔科医は勤務していても少数であることが多い。欧米では無痛分娩は麻酔科医または麻酔看護師が担当していることが多いが、わが国では、特に小規模施設で無痛分娩を実施する場合は、産婦人科医が担当せざるを得ない状況にある。

わが国の麻酔科医数は急速に増加している（図7）が、まだまだ十分とは言えない。麻酔科医の主な勤務先は手術件数の多い大病院であり、診療所勤務の麻酔科医は5%程度と少数にとどまっている（図8）。麻酔科医が不足しているため、外科系の医師が麻酔を担当せざるを得ない病院は少なくない。このため病院としては、麻酔科医は手術部

内で、リスクが高く高度な麻酔技術が必要な手術の麻酔に携わることを期待する。手術件数の増加は病院経営上非常に大きな意味を持っており、麻酔科医には手術麻酔を中心に業務することが強く求められているのである。医療の高度化に伴い手術部以外にも麻酔・鎮静を必要とする手技・検査が病院内の複数部門で行われるようになっていく。医療安全を確保する上では、ICUにおける全身管理、手術部外（カテーテル室、内視鏡室、分娩部等）の麻酔・鎮静業務にも麻酔科医が関与することが望ましい。しかし、それが可能なレベルまで麻酔科医を確保できている病院は少ないのが現状である。

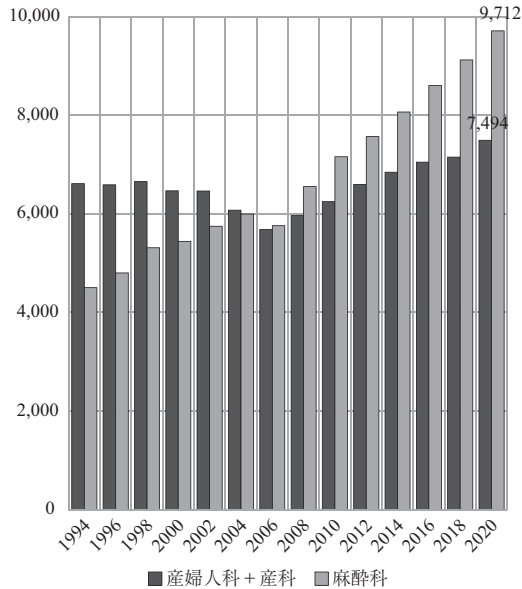
産婦人科医の大部分は、研修として数か月程度の期間、麻酔科に勤務し、手術麻酔を中心とした訓練を受けている。無痛分娩に必要な神経幹麻酔についても、基本的な技術は修得している。従って単独でも通常の無痛分娩を実施することは可能である。しかし、多くの産婦人科医にとっては経験できる麻酔症例数は限られており、その大部分は産婦人科領域のものということになる。稀に発生する合併症による重篤な状態への対応ということになると、外科系のあらゆる手術が行われる手術部で大部分の時間を過ごし、緊急対応が必要な病態を頻繁に経験する麻酔科医の対応能力には及



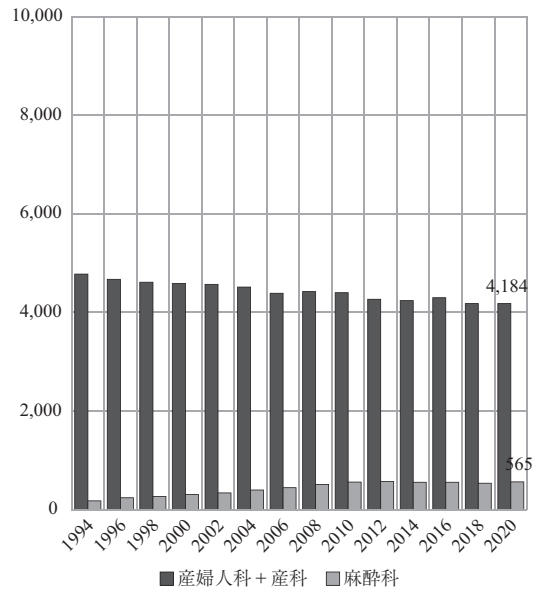
出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」より。

図7 三師調査による産婦人科医数及び麻酔科医数の変化

主たる勤務先が病院



主たる勤務先が診療所



出所：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」より。

図8 産婦人科と麻酔科（主たる診療科）の医師数の推移

ばないと言わざるを得ない。

助産師の養成課程には無痛分娩に関する項目はほとんど含まれていない。助産師を含む看護スタッフは、無痛分娩に関連した看護、ケアの経験は、無痛分娩の現場で学び修得しなければならない。

2 実施施設の課題

(1) 大規模病院等

現状では手術部内の麻酔が麻酔科医の中心的な業務になっている。麻酔科医が分娩部で行われる無痛分娩に関与するためには、それが可能な体制を病院として整備する必要がある。分娩部への麻酔科医の関与を推進する上での課題は、第一に、分娩取扱数である。麻酔科医を分娩部に配置した場合、それにより手術室の麻酔件数が減少する可能性がある。それに見合う麻酔件数を分娩部で確保する必要がある。分娩室の麻酔業務が少ない場合は、麻酔科医は手術部と兼務せざるをえなくなる。

第二に、手術部と分娩部の位置関係である。手

術部が分娩部と空間的に直結している病院は少ない（ICUと直結している病院が多い）。分娩部への動線が短ければ、手術部にいる麻酔科医が無痛分娩に関与することが容易になる。

第三に、分娩部の機器整備である。有害事象の発生を適切に検知し、迅速に対応するために必要なモニター装置、麻酔器を含む麻酔・蘇生用機器、機材、薬品類を分娩部に整備する必要がある。これらの機器、機材は、通常分娩や無痛分娩では使用頻度は高くない。しかし、いつでも稼働できる状態に維持するとともに、スタッフが緊急時に躊躇なく使用する能力を有するよう訓練体制を整備する必要がある。

(2) 産科診療所等

産科診療所等においても、重大な有害事象が発生した際に必要な医療機器、機材、薬品の整備は病院と同様に必須である。また、安全な無痛分娩の実施のため、麻酔科医の雇用を増やすことが望ましい。病院でも麻酔科医が充足していない現状では、非常勤雇用が現実的だが、その場合は無痛

分娩の対応枠は限定され、妊産婦のすべての希望に添うことは難しく、計画分娩を組み合わせる等の対応が必要になる。産科医が担当する場合は、追加的な麻酔科研修を含む安全性確保のための諸対応を進める必要がある。

3 対策

(1) 無痛分娩の担い手の確保策—長期的視点
厚生労働省の医師確保対策における診療科ごとの医師の必要数試算では、現状の診療範囲を前提として、将来の患者数推定に基づいて医師養成の必要数を計算している。麻酔科のような、業務内容が今後大幅に拡大することが想定される診療科の場合は、必要数の検討の際に、担当すべき業務として手術対応だけでなく、手術室外の麻酔業務 NORA (Non-Operating Room Anesthesia) (ICU業務、無痛分娩、それ以外の鎮静時の全身管理業務(いわゆるmonitored anesthesia care (MAC))などが含まれる)を追加する必要がある。そのような対応が行われないと、麻酔科医の不足状況は今後改善することが期待できないと考えられる。また、産科麻酔の特殊性を深く理解し、無痛分娩を実施するだけでなく、安全で質の高い無痛分娩を提供するために必要な人材の養成と診療体制の構築を指導し推進する能力を有する産科麻酔の専門家養成を進める必要がある。

米国では、麻酔看護師 (Certified Registered Nurse Anesthetist) という資格が1930年代から存在し、医師の指導下で麻酔業務に従事している。2000年代以降業務拡大が行われ、医師の指導下でなくても麻酔業務が可能になった。これにより麻酔科医の十分な配置が難しい分娩数500件未満の小規模分娩施設での無痛分娩提供体制が確保されるようになった(1980年代にはこうした小規模施設で無痛分娩を提供できる施設は60%程度だった

が、2010年代には99%となっている) [Traynor AJ et al. (2016)]。わが国においても医師の働き方改革に関連して、医師の業務の看護職へのタスクシフトの可能性が検討されている。今後、さらに増大する多様な麻酔業務(無痛分娩はそのごく一部にすぎない)をすべて麻酔科医だけで担っていくのか、米国のような選択肢を検討するののかについては、より大きな立場で検討する必要があると考えられる。

産婦人科医は、現行の制度では初期研修医としての最初の2年の研修期間のうち1-2か月間麻酔科を研修している。この間気管挿管を含む基本的な麻酔手技を学ぶ。産婦人科医が通常の無痛分娩を自ら担当できるようになるためには、少なくともさらに数か月間の麻酔科研修が必要である。そして急変対応ができるようになるためには、さらに臨床経験を積むことが望ましい。わが国では、常勤の麻酔科医が勤務していない施設で無痛分娩を提供する際、担当する産婦人科医に求められる麻酔科研修の量と質について、専門学会等のコンセンサスは存在していない。今後、無痛分娩のニーズが急速に拡大する中で、早急な検討とそれに基づく研修体制の整備が必要である。その場合、国家資格である麻酔科標榜医申請が可能な程度の経験¹⁵⁾が一つの目安になるかもしれない。

(2) 無痛分娩の提供体制の確保策—短期的視点

短期的な安全な無痛分娩提供体制の確保策については、2018年3月の「無痛分娩の安全な提供体制の構築に関する提言」[海野(2018)]に沿って進められている¹⁶⁾。

取扱施設は、稀に発生する重篤な合併症を含むさまざまな有害事象に適切に対応可能な体制を整備する必要がある。その中には、医療機器・機

¹⁵⁾ 麻酔科標榜医制度：医師は普通自分の専門の診療科を標榜するが、この標榜という制度は厚生省によって1960年に麻酔科標榜医として作られたのが最初だった。現在麻酔科標榜医は24,000名以上になっている。麻酔科専門医・指導医は全体で9,000名程度であり、日本麻酔科学会の会員数は15,000名程度なので、他の診療科を専門にしている医師も多数、麻酔科標榜医の資格を持っていることになる。麻酔科標榜医の資格を申請し、取得するためには、2年間以上の麻酔科での研修と全身麻酔300例以上の経験が必要である。この資格には更新制度がない等の課題はあるものの、国家資格として麻酔科の専門的訓練を積んでいることを証明するものとなっている。

材・薬剤の整備等のハード面の体制と、無痛分娩にかかわる医師、看護職等が共通の認識に基づいて安全に無痛分娩を実施するためのマニュアル等の整備とそれをういた実地のシミュレーション訓練等が含まれる。

また、人材確保として、無痛分娩にかかわる麻酔科医、産婦人科医、助産師、看護師等が、それぞれの立場で円滑に業務を進める必要がある。麻酔科医は、自ら無痛分娩を実施する立場、あるいは無痛分娩の実施している現場をマネージしたり助言したりする立場で無痛分娩にかかわる。無痛分娩に参画する麻酔科医を増やすことは、安全な提供体制の構築に資することになる。麻酔科医は無痛分娩で必要になる麻酔手技に関連する事項は熟知しているが、妊娠によって生じる妊産婦の生理的な変化や分娩の際の産科的な管理の詳細については知識を得る機会が限定されている。無痛分娩にかかわる専門学会である日本産科麻酔学会と日本周産期麻酔科学会は共同で、「周産期・産科麻酔教育ガイドライン」〔日本産科麻酔学会・日本周産期麻酔科学会(2023)〕を作成した。今後このガイドラインに沿って麻酔科医を対象とする「周産期・産科麻酔認定医」制度を発足させる予定になっている。

麻酔科医以外の分娩の現場にいる医療従事者(産婦人科医、助産師等)の多くは、通常は無痛分娩を実施し、管理、ケアすることはできるが、稀

に発生する重篤な合併症に対応する能力を身につける機会には恵まれていない。JALAでは、そのような症例が発生した場合、適切に対応するために必要な最低限の知識と技能を身につけるために必要な研修会の内容を示し、その一部を自ら開発し、WEB講習会等の形で提供している¹⁷⁾。

現時点では、理想的な体制で無痛分娩を実施できる施設は限られており、今後、各施設で体制整備を進める必要がある。体制の十分でない部分を抱えながら、無痛分娩の需要にこたえていくことになるため、その施設の実情と、現に実施している安全対策等について、妊産婦に適切に情報提供しながら、納得を得た上で進めていく必要がある。JALAでは、一般の方及び医療関係者向けの情報提供サイト(JALAサイト¹⁸⁾)を開設し、無痛分娩に関する情報提供を行うとともに、無痛分娩取扱施設のリスト¹⁹⁾を掲載し、各施設の無痛分娩に関する情報へのアクセスの改善を図っている。

Ⅳ 無痛分娩の費用負担に関する論点

1 前提となる経緯

これまでわが国の出産については、医学的な異常のある分娩は保険給付の対象だが、医学的な異常のない正常経陰分娩は、病的なものではないので保険給付の対象外という切り分けになっている。従って正常経陰分娩自体は自費診療となり、

¹⁶⁾ 「無痛分娩の安全な提供体制の構築に関する提言」には以下のような事項が含まれている。この提言で提案されたワーキンググループは、後にJALAとして実現し、この組織を中心として、無痛分娩の安全対策が進められている。厚生労働省は、この提言に基づいて、『無痛分娩取扱施設のための、「無痛分娩の安全な提供体制の構築に関する提言」に基づく自主点検表」〔厚生労働省(2018)〕を作成した。この自主点検表は、厚生局や保健所による立入検査の際の資料として用いられている。

- ・安全な無痛分娩を提供するために必要な診療体制(ハード面・ソフト面)
- ・無痛分娩に係る医療スタッフの研修体制の整備(現在無痛分娩に従事している医療スタッフを対象とした研修体制・将来の無痛分娩を担当する人材の養成のための研修体制)
- ・無痛分娩の提供体制に関する情報公開の促進
- ・無痛分娩の安全性向上のためのインシデント・アクシデントの収集・分析・共有
- ・「無痛分娩に関するワーキンググループ(仮称)」の設置(上記のような諸施策の実現を目的とした、関係学会・団体による組織の設立)

¹⁷⁾ JALA WEB講習会一覧(<https://www.jalasite.org/doc/eventlist/>(2023年12月25日最終確認))。

¹⁸⁾ JALAサイト(一般の方向け)(<https://www.jalasite.org/>(2023年12月25日最終確認))、JALAサイト(医療関係者向け)(<https://www.jalasite.org/doc/>(2023年12月25日最終確認))。

¹⁹⁾ JALA「情報公開に積極的に取り組んでいる無痛分娩取扱施設のリスト」(<https://www.jalasite.org/area/>(2023年12月25日最終確認))。

各分娩取扱施設の裁量で費用設定がなされてきた。出産費用への給付は、「出産育児一時金」として一律の現金給付となっている。一時金の支給額は、これまで全国の公的病院における平均的な出産費用の状況等を踏まえて改定が行われてきたが、産科医療危機が叫ばれた2009年に42万円に引き上げられた後、2023年4月に50万円に引き上げられるまで14年間にわたって事実上据え置かれていた。出産費用は、2013年の42万円から2020年の46万円以上に、年々上昇したため、実際の出産費用と、支給される出産育児一時金の間に金額上の乖離が拡大し続けていた〔田倉（2021）〕。

少子化の進行を背景として出産育児一時金の大幅引き上げの方針を決定した2022年12月の社会保障審議会医療保険部会の「議論の整理」では、分娩施設は、自施設の出産費用について情報公開するとともに、各施設の特色や提供されるサービスの内容の違いについても可視化すべきとされ、そのサービスの中には無痛分娩の取扱も含まれると記載された。

2023年6月の「こども未来戦略方針」では、2024年度からの「出産費用の見える化」の実施、2026年度を目途とする出産費用の保険適用の導入を含む出産への支援の強化の検討、無痛分娩を実施する医師の確保の推進等が記載された。また「経済財政運営と改革の基本方針（骨太の方針）2023」では「ライフステージを通じた子育てに係る経済的支援の強化や若い世代の所得向上に向けた取組」の一つとして「出産等の経済的負担の軽減」が明記された。

厚生労働省では2024年4月より「分娩取扱施設情報提供ウェブサイト（仮称）」を開設し、そこで各施設の出産費用と提供されるサービスの内容についての情報提供を開始する予定で準備を進めて

いる。その中で無痛分娩については、実施の有無、実施方法、費用の公開方法等についての情報が提供されることになっている。

本稿執筆時点では、出産費用の2026年度の保険診療化が決定しているわけではない。医療従事者等からはその実現の困難さを指摘する声が多い²⁰⁾。本格的検討は「出産費用の見える化」サイトが開設される2024年度以降となることが想定されている。

2 これまでの無痛分娩の費用負担

経膈分娩は「疾病又は負傷」ではないので、それに伴う産痛も保険診療の対象とはなり得ない。無痛分娩は、経膈分娩とともに行われる麻酔行為であり、すべて自費診療として行われてきた。その料金は、各実施医療機関が任意に設定してきた。

本稿執筆時点では、無痛分娩費用についての系統的な調査結果は示されていない。厚生労働省は2024年4月から、「出産費用の見える化」サイトをオープンさせる予定になっており、無痛分娩費用についてもこれまでより検索が容易になることが期待される。本稿では、筆者が知りうる範囲での無痛分娩費用の現状について述べることにしたい。産科施設において産科医が主に担当していた時期は、3万円から5万円程度（出産費用の10%程度）の施設が多かった。近年、特に新規参入施設で高めに設定する例が増え、全体としての相場が上昇傾向にある。10万円から15万円程度の施設が多く、20万円以上という施設もあり、その場合、出産費用の30%程度ということになる。分娩施設が無痛分娩提供体制を整備、維持するために、（常勤あるいは非常勤の）麻酔科医の追加的な雇用が必要な場合は大幅な経費増を覚悟しなければなら

²⁰⁾ 保険適用が導入されれば、正常分娩に係る費用は原則としてすべての分娩施設で統一されることになる。現状の出産費用の地域間、施設間の大きな違いを考慮すると、分娩施設の経営への影響なしに実現するのは難しく、本稿の執筆時点で具体策は示されていない。この改革によって分娩施設が減少したり、分娩施設の提供するサービスが悪化するようなことがあれば、本来の目的である少子化対策に逆行する結果になることも懸念される。また保険診療の基盤である療養担当規則第12条（<https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=332M50000100015>（2023年12月25日最終確認））には、保険診療の対象は「診療の必要があると認められる疾病又は負傷」となっており、生理現象といわざるを得ない正常妊娠に適用する場合には、他の診療領域への影響の詳細な検討を行った上でのこの規則の全面的な改正が必要になる。

表2 令和4年診療報酬点数表 第2章 特掲診療料 第11部麻酔 第1節 麻酔料（抜粋）

麻酔の種類		手術の内容		麻酔料			麻酔管理料	
				麻酔が困難な患者	それ以外	2時間を超えた場合30分ごとに追加	(I)麻酔科標榜医によるもの	(II)複数の麻酔科標榜医により安全管理体制が確保された医療機関で実施
L008	マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔	1	人工心肺を用いた心臓手術等	24900	18200	1800	1050	450
		2	坐位の脳脊髄手術等	16600	12100	1200		
		3	上記以外の心臓手術・脳脊髄手術等	12450	9050	900		
		4	腹腔鏡手術	9130	6610	660		
		5	その他の手術	8300	6000	600		
L002	硬膜外麻酔	1	頸・胸部	1500		750	250	150
		2	腰部	800		400		
		3	仙骨部	340		170		
L004		脊椎麻酔		850		128	250	150
L001-2	静脈麻酔	1	短時間（10分以内）のもの	120		2時間を超えた場合+100		
		2	十分な体制で行われる長時間のもの	600				
		3	十分な体制で行われる長時間のもの（常勤の麻酔科医が専従で実施）	1100				

出所：社会保険研究所「医科診療報酬点数表 令和4年4月版」

ない。従って、無痛分娩費用の相場が上昇傾向にあることはやむを得ないと考えられる。しかし、医療機関で無痛分娩の料金改定を検討する際、経費増についても考慮はするが、(筆者の経験からは)むしろ、周辺の地域の医療機関の調査を行って、自施設と同等の規模で、提供している診療内容も近い施設の料金設定を参考にして、競争力を維持できる範囲で料金を決定することが多いと思われる。妊産婦側での無痛分娩需要が大きくなっている状況で、「安易な」料金の引き上げが行われやすい環境になっており、それが相場観を形成してしまっている可能性は高い。

3 妥当な無痛分娩費用に関する考察

(1) ほかの保険診療の手術における神経幹麻酔の点数設定とのバランス

表2に診療報酬点数表における麻酔料の部分の抜粋を示した。閉鎖循環式全身麻酔（いわゆる全身麻酔）と比較して、硬膜外麻酔、脊椎麻酔（脊

髄くも膜下麻酔）、静脈麻酔の麻酔料は非常に低く設定されている。硬膜外麻酔は全身麻酔の10分の1以下である。(病院の収益上は、麻酔科医は、分娩部ではなく手術部で勤務し、全身麻酔を多数例担当することが望ましいことになる。)

硬膜外麻酔の点数設定の特徴は、2時間以上の長時間にわたる場合の追加点数が高めに設定されていることである。無痛分娩は、その分娩によって幅は大きいものの小手術よりは長時間の麻酔となる。

全くの試算にすぎないが、表3に無痛分娩として硬膜外麻酔を8時間行った場合、正常経陰分娩の点数に追加されると思われる無痛分娩関連医療行為の点数を示した。「分娩監視装置」の算定は、現状では子宮収縮促進薬の投与中に認められている。母体の「呼吸心拍監視」は硬膜外麻酔では必須のモニターである。この試算で示された点数は、現状の自費診療設定の半額程度ということになる。(無痛分娩料が保険給付される場合には、

表3 現行の麻酔関連の診療報酬点数を無痛分娩に適用した場合のシミュレーション（無痛分娩として硬膜外麻酔を8時間実施した場合を仮定）

項目名	診療報酬点数
麻酔	
硬膜外麻酔（腰部）	800
2時間以上の実施部分（30分あたり400）	4800 (400×12)
麻酔管理料（I）（麻酔科標榜医が担当した場合）	250
小計	5600 or 5850
胎児管理：分娩監視装置（1時間30分以上）	
新たに無痛分娩を適応とした場合	850
母体管理：呼吸心拍監視（1日以内）	
新たに無痛分娩を適応とした場合	150
合計	6600 or 6850

恣意的な長時間算定を抑制する必要もあるため、麻酔時間に左右されない包括的な点数設定が望ましいと思われる。）

手術部では、全身麻酔に必要な医療資源（機器、機材、人員等）が整備されており、麻酔料はその環境を前提とした点数設定になっていると考えられる。分娩部で無痛分娩を行う場合は、そのために必要な医療資源を追加的に確保する必要がある。さらに、可能であれば麻酔科医の配置あるいは無痛分娩チームの一員としての関与を促進する方向で制度設計がなされることが望ましい。従って、分娩部における無痛分娩の料金は、手術室の麻酔料よりは高めの設定とすることも考えられる。

（2） 出産費用が保険診療になっているほかの国の状況

出産費用が保険診療になっている韓国、オーストラリア、カナダでは無痛分娩も保険給付の対象であり、その料金は日本の現状よりは低めに設定されている。

4 無痛分娩の費用負担に関する論点整理

（1） 論点の整理

自費診療を是とする意見として、次のようなものがある。

- ・ 分娩は生理現象であり、産痛緩和を行う医学的必要性はない。

- ・ 無痛分娩の医学的適応がある症例は限られている。（現状では保険適応となっていないが、分娩時の急激な心負荷の変動、血圧の変動によって重篤な状態となる可能性が高い心臓疾患、脳血管疾患、産痛によって自身を制御することが困難になる精神疾患を合併した妊産婦、急激な血圧上昇を起しやすい妊娠高血圧症候群の妊産婦等は医学的適応があると考えられている。）
 - ・ 無痛分娩は希望のある産婦に実施される。経陰分娩すべてで実施されるわけではない。希望しない産婦との間で公平性に欠ける。
 - ・ 保険診療とした場合、希望者が急増する。現在の無痛分娩施設では対応しきれない。無痛分娩の取扱を増やすと安全性を担保できない。
- 一方で、保険診療を是とする意見は以下のようなものである。
- ・ 生理現象である経陰分娩を保険診療の対象とする以上、経陰分娩に必要な医療行為は保険診療の対象とすべき。
 - ・ 生理現象であっても、産痛は決して軽微なものではない。疼痛があれば、可能な範囲でそれを除去するのが医療の原則である。
 - ・ 海外では、産痛の緩和は、ほかの原因の疼痛に対するのと同様当然の医療行為であり、産婦が希望すればほかに医学的適応がなくても無痛分娩が実施され、保険適応になっている。
 - ・ 安全性確保の観点からは、自費診療では公的な介入は重大事故の発生に対する事後的な対応にとどまらざるを得ないが、保険診療であれば、実施を容認するための施設要件、実施者要件を設定することで、予防的な対応が可能になる。

保険診療の原則論は、わが国の医療提供体制全体の基盤の一つとなっている。正常経陰分娩を保険診療の対象とする場合は、療養担当規則の「疾

病又は負傷」という原則を、「疾病、負傷、出産又は新生児」等へと拡大する必要がある。それが実現できれば、産痛の緩和を保険適用とすることは可能と考えられる。

安全性確保という点では、保険診療になれば、有害事象の報告義務等を要件に含めることを通じて、実態把握を充実させることができる。

現時点では無痛分娩の実施率は全体の約12%程度、経膈分娩は80%程度なので経膈分娩に対しては15%程度である。無痛分娩需要の増加にともない取扱施設の側の対応能力もかなり急速に拡大してきているものの、分娩取扱施設のうち無痛分娩を実施しているのは30%程度であり、地域差も大きい。実施施設でも取扱可能な件数は限られている。この状況で保険適用し、負担軽減がなされれば、さらに増加すると想定される無痛分娩を希望する妊婦の中で、無痛分娩を受けることができない妊婦が発生することが十分に考えられる。

経膈分娩が保険診療化された場合、無痛分娩がこれまでどおりの自費診療のままであれば、混合診療になってしまうので、無痛分娩を保険外併用療養費（評価療養又は選定療養）²¹⁾の枠組みに組み込む必要が生じる。

(2) 無痛分娩の費用負担に関する考察

無痛分娩は経膈分娩の際に追加的に実施される医療行為なので、その費用負担の検討に際しては、経膈分娩の費用負担のあり方もあわせて考慮する必要がある。表4に費用負担パターンを示した。わが国の費用負担パターンは現時点ではAに相当している。経膈分娩費用については自費負担だが、一定の出産育児一時金が現金支給される。無痛分娩費用については公的な補助はなく、全額自費負担となっている。現在国の検討の俎上に載っているのは、経膈分娩の保険適用、すなわちパターンB又はCへの移行の是非ということにな

表4 無痛分娩の費用負担のパターン

	費用負担	経膈分娩	
		自費	保険
無痛分娩	自費	A	B
	保険		C

る。

パターンAでは、負担されるべき費用が、医療機関によって自由に設定できる。地方では分娩施設が減少し施設の選択肢が限定されている地域が拡大している。無痛分娩を取り扱う施設は都市部でも限定されている。地方でも都市部でも分娩や無痛分娩の費用が医療機関中心に決まりやすい構造になっているのである。少子化対策として、出産に係る費用負担の軽減を公的な補助の拡大を通じて図る場合、分娩施設側が恣意的に費用設定可能な状態では、妥当な公的補助額を決定して制度化することは難しい。有効な公的補助を実現するためには、分娩費用にしても無痛分娩費用にしても、なんらかの方法による上限設定を行う必要がある。

経膈分娩中の無痛分娩の割合が高い国では、無痛分娩は特に問題なく保険適用となっている（パターンC）。わが国でも今後、無痛分娩の普及が進み、経膈分娩の半数以上程度で実施されるようになれば、その費用について公的な補助が行われることへの抵抗は小さくなると考えられる。

今後の制度整備のプロセスを考えると、ある期間、パターンBの時期を経た上でパターンCに移行することを想定するのが現実的であろう。パターンBで課題となるのは、自費診療である無痛

²¹⁾ 保険外併用療養費制度：保険診療との併用が認められている療養の範囲は、厚生労働省によって将来の保険導入を目指している評価段階の療養である「評価療養」と保険導入を前提としない「選定療養」という二つの枠組みの中で厳密に定められている。経膈分娩が保険診療化し、無痛分娩はされない場合、無痛分娩はこの制度下で実施される可能性が高い。無痛分娩は、将来、無痛分娩提供体制の均てん化がなされれば保険適用の可能性は十分にあると考えられ、評価療養の対象ともなりうるかもしれない。

分娩を保険外療養費制度の枠組みに組み込む必要があること、それは可能だとしても、その場合、無痛分娩費用は分娩取扱施設側で自由に設定されるという点は変わりがないことである。パターンBにおいても全額が本人負担となる可能性がある無痛分娩費用の、過度の高額化を抑制する方策を検討する必要があると考えられる。上記のような考察に基づいて、以下のような試案を提案したい。

① 試案1：段階的な保険診療への移行

出産費用負担の軽減策の一環として、無痛分娩の費用負担については、今後、経膈分娩の保険診療化、無痛分娩の提供体制の充実と平行して段階的に進めることにする。

- ・パターンAの段階
 - －無痛分娩を選択することによる費用負担増加を軽減することを目的とした補助金制度を導入する。
 - －補助額は、地域の実情に応じたものとする。
- ・パターンBの段階
 - －無痛分娩費用を保険外療養費制度の枠組み内に位置づける。
 - －無痛分娩費用の過度な高額設定を回避するための国、関係団体、学会等によるコンセンサス形成の機会を設ける。
 - －パターンAの無痛分娩費用の負担軽減のための補助金制度は継続する。
- ・パターンCの段階
 - －無痛分娩を保険適用とする。

② 試案2：保険適用とする場合の考え方

- ・分娩の所要時間には個人差が大きいので、無痛分娩管理全体を包括して評価する（意図的な分娩時間の遷延等の対応を防ぐ効果も期待できる）。
- ・施設の安全性向上のための取組を評価する目的で、麻酔科医の関与の程度によって段階を設定する。
- ・経膈分娩の保険診療化の検討において、それ以前と比較して大きな収入の変化が生じると産科医療提供体制自体の継続が難しく

なる地域の発生が危惧されている。無痛分娩の点数設定においても、現行の収入と大きな差が生じないようにする配慮が必要である。

③ 無痛分娩管理料（仮称）案

無痛を実施する施設で整備が必要な要件としては、厚生労働省の『無痛分娩取扱施設のための、「無痛分娩の安全な提供体制の構築に関する提言」に基づく自主点検表』〔厚生労働省（2018）〕の内容に準じたものとする。その上で、麻酔科医の関与の程度によって段階的評価とする（診療報酬点数は現状の無痛分娩費用の水準から想定した。あくまでも仮に設定したものである）。

- ・無痛分娩管理料Ⅰ 専従の麻酔科医が担当 15,000点程度
- ・無痛分娩管理料Ⅱ 麻酔科医中心のチーム医療体制 12,000点程度
- ・無痛分娩管理料Ⅲ その他 10,000点程度

V おわりに

今後、わが国でも無痛分娩の実施率が高まっていくことはほぼ確実な情勢である。無痛分娩を選択する妊産婦の増加とともに、その費用負担の軽減を求める声が高まっていくことが考えられる。

本稿が、無痛分娩費用負担に対する公的な補助の方策を検討する際の、出発点となれば、大変幸いである。

参考文献

- ACOG Practice Bulletin (2019) No. 209: Obstetric Analgesia and Anesthesia. *Obstetrics & Gynecology* 133 (3): pp.e208-e225, March 2019.
- Pan PH, Booth JL (2020) The Pain of Childbirth and Its Effect on the Mother and the Fetus. In *Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice, Sixth Ed.*, p.423, 2020.
- Smith A, Laflamme E, Komanecky C (2021) Pain Management in Labor. *Am Fam Physician*. 2021 Mar 15; 103 (6): pp.355-364. PMID: 33719377.
- Traynor AJ, Aragon M, Ghosh D, Choi RS, Dingmann C, Vu Tran Z, Bucklin BA (2016) Obstetric Anesthesia Workforce Survey: A 30-Year Update. *Anesth Analg*. 2016 Jun; 122 (6): pp.1939-46. doi: 10.1213/ANE.

000000000001204. PMID: 27088993.
- 海野信也 (2018)「無痛分娩の安全な提供体制の構築に関する提言」平成29年度厚生労働行政推進調査事業費補助金(厚生労働科学特別研究事業)「無痛分娩の実態把握及び安全管理体制の構築についての研究」(研究代表者 海野信也), <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000204860.pdf> (2023年12月25日最終確認)。
- 厚生労働省 (2018)「無痛分娩取扱施設のための、「無痛分娩の安全な提供体制の構築に関する提言」に基づく自主点検表」, <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000204861.pdf> (2023年12月25日最終確認)。
- (2020)「令和2年医療施設(静態・動態)調査」第111表, 第172表, <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450021&tstat=000001030908&cycle=7&tclass1=000001165107&tclass2=000001165167&tclass3=000001165168&tclass4val=0> (2023年12月25日最終確認)。
- 田倉智之 (2021)「出産育児一時金(出産費用)に関する研究」令和3年度厚生労働科学研究費補助金(成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業)「医学的適応による生殖機能維持の支援と普及に向けた総合的研究」分担研究報告書, https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202107004A-buntan5.pdf (2023年12月25日最終確認)。
- 日本産科麻酔学会・日本周産期麻酔科学会 (2023)「周産期・産科麻酔教育ガイドライン」, 2023年6月, <https://www.jsoap.com/uploads/%E5%91%A8%E7%94%A3%E6%9C%9F%E7%94%A3%E7%A7%91%E9%BA%BB%E9%85%94%E6%95%99%E8%82%B2%E3%82%AC%E3%82%A4%E3%83%89%E3%83%A9%E3%82%A4%E3%83%B3.pdf> (2023年12月25日最終確認)。
- 日本産婦人科医会 (2017)「分娩に関する調査」, https://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2017/12/20171213_2ver.2.pdf (2023年12月25日最終確認)。
- (2023)「無痛分娩 産科施設の立場から～日本産婦人科医会施設情報からの解析～」第177回日本産婦人科医会記者懇談会, 2023年9月13日, 日本記者クラブ。

(うんの・のぶや)

Issues to Develop Provision and Payment System of Labor Analgesia in Japan

UNNO Nobuya*

Abstract

In this paper, firstly, basic information on obstetric medical provision system and labor analgesia, and recent increased demands of pregnant women for labor analgesia in Japan are provided, which are necessary for understanding the issues related to the development of labor analgesia payment system when vaginal deliveries are covered by public medical insurance. Secondly, appropriate expenses and optimal system for labor analgesia are discussed. And finally, a tentative proposal for feasible process to introduce public insurance coverage in this field are presented.

Keywords : Labor Analgesia, Safety Measures, Increasing Demand, Payment, Insurance Coverage, Mixed Medical Care Service Expense

* Professor Emeritus, Kitasato University
Advisor, Center for Perinatal Medicine, Japan Community Health and Organization Sagamino Hospital