

国際比較からみた日本の出産サービスの特徴と課題 – 予備的検討 –

竹沢 純子

国立社会保障・人口問題研究所

1. はじめに

わが国の妊産婦・新生児死亡率は極めて低く、周産期・新生児医療は世界のトップレベルにあるといわれる。しかし、死亡率のみをもって保健医療サービスの「質」を評価することは十分ではない。安全かつ効率的なサービスが産む女性と家族のニーズに応じて提供されているか〔ドゥブリーズ (2011) ,p.185〕、リプロダクティブヘルス・ライツ (性と生殖に関する健康や権利) 及びウェルビーイング (福祉) の観点からサービスの「質」に加えて「アクセス」「コスト」の面からも、総合的に評価すべきである¹。これらの指標により先進諸国との比較で日本の保健医療サービスを評価した先行研究はあるが、保健医療サービスの下位制度である日本妊娠・出産に関わる保健医療サービス (以下、出産サービスという。) に焦点をあてた国際比較研究は見当たらない²。

一方、政治に目を向けると、菅政権下において少子化対策の一環として妊娠・出産に係る費用負担軽減に向けた動きが活発である。同政権の看板政策である不妊治療の保険適用拡大に加えて、与党議員の間で出産育児一時金の引き上げの動きがある³。これらの政策議論において国内の調査結果の活用もさることながら国際比較や海外の実証研究からのエビデンスを広く活用することにより、島崎 (2011) が指摘するように、日本の優位性や課題が明らかになり、視野を自国に限定すると既成観念にとらわれ斬新なアイデアが浮かびにくいという状況に一矢を投じる可能性がある。

このような出産サービスをめぐる国際比較研究の必要性とその政策利用の可能性を背景として、本分担研究では国際比較からみた日本の出産サービスの特徴と課題を明らかにすることを目的とする。研究の初年度においては、予備的な検討を行う。

構成は次のとおりである。2節で出産サービスの国際比較に関する先行研究をレビューしその分析枠組・分析軸を検討する。3節では Fukuzawa and Kodate (2015) が示した日本の出産サービスの内容とそこでの国際比較に関する記述をもとに、関連する国際比較データや文献を参照しつつ、わが国の特徴について予備的に考察する。最後にまとめと今後の課題を述べて結びとする。

2. 先進諸国における出産サービスの国際比較に関する先行研究

本節では出産サービスの国際比較研究として 2000 年以降に刊行された 3 文献 (De Vries et al. (2001)、松岡・小浜 (2011)、Kennedy and Kodate (2015)) をレビューし、本研究における分析枠組み及び分析

1 島崎 (2011) によれば、医療制度・政策の世界共通の目標 (評価基準) は WHO (2000) が示した①医療の質②アクセス③コストであり、この目標に照らし自国のパフォーマンスを諸外国と相対評価することができる。

2 WHO (2000) は「質」「アクセス」「コスト」の 3 つの観点に照らし日本の医療制度は世界一と評価している。島崎 (2011) は先進諸国との比較で見た日本の特徴について、低いコスト (対 GDP 比総保健医療支出) で高質の医療にアクセスできること、際立って多い病床数を少ない人口当たり医師数で担っていること、医療機器の台数が突出していることを挙げている。

3 菅総理は不妊治療の保険適用拡大を看板政策に掲げ、2021年1月から現行の助成制度を拡充し、22年4月からの保険適用開始が目指されている。加えて、自民党の議員連盟や公明党が出産育児一時金の引き上げを求める動きもあり、費用の実態を詳しく把握するための追加調査をした上で2022年度以降、引き上げを検討することが予定されている。

軸を検討する。

(1) 文献の分析対象と概要

図1はILO102号条約（社会保障の最低基準）における出産給付とその関連費用の全体像を示している。上段は同条約に規定された出産給付（Maternity benefit）の定義とそれに該当する社会保障制度からの給付の日本の例、下段は同条約に明確に規定されていないが出産に関連する給付、右列は左列の給付に対応する自己負担分や家族や民間サービスによるケアの例を示している。

図1のうち橙色部分は現物給付（サービス）である。同条約において産前・分娩・産後ケアは医療の現物給付と規定されるが、日本の場合は正常分娩の費用が現物給付ではなく出産育児一時金として現金で給付されるため、現金と現物の両方にまたがる形で表している。以降、本稿ではこの現物給付部分を「出産サービス」と呼ぶ。

ILO102号条約における 出産給付の種類・定義		社会保障制度からの給付（日本の例）		自己負担/家族ケア （日本の例）
		社会保険	公費負担	
現金	妊娠・分娩に起因する法定労働停止を給付事由とする定期金	出産手当金 （標準報酬月額×2/3、産前産後14週間）		
	医療 （現物）	医師または有資格助産師による産前・分娩・産後ケアと必要な場合の病院への収容	出産育児一時金 42万円 ・正常分娩 ・12週以降の経済的理由ではない中絶と死産・流産の場合	出産育児一時金を超える正常分娩費 （無痛分娩等のオプション費）
		帝王切開等の異常分娩 ・妊娠出産関連疾病の療養給付（3割自己負担）	出産扶助（実費支給、上限あり）	保険適用外の超音波検査等の費用 保険適用外の出生前診断費
			妊婦健診（14回前後）	
【ILO条約に明確に規定されていない出産関連の給付】				自己負担/家族ケア（日本の例）
現物	家族計画・生殖補助医療に関する費用	一般不妊治療（うちタイミング指導）	保険適用外の不妊治療（人工授精、顕微授精、体外受精）に対する助成	保険・助成適用外の不妊治療費、避妊費用、中絶費用（11週以前、12週以降で経済的理由の場合）
現物	産前産後期の家族に対する支援		妊娠・出産包括支援事業、乳児家庭全戸訪問事業、両親学級	産前産後サポート（里帰り出産、民間サービス）助産師母乳ケア
現金	育児休業中の所得保障	育児休業給付		

図1 先行研究の対象

① De Vries et al. (2001)

図1の水色点線囲み部分はDe Vries et al. (2001)が扱う範囲である。同書は産前・分娩・産後ケアについて、北米2カ国（アメリカ、カナダ）と欧州7カ国（イギリス、ドイツ、フランス、オランダ、フィンランド、ノルウェー、スウェーデン）の計9カ国うち、各章の内容を論じるに適した数カ国を取り上げて比較している。日本を含むアジア諸国は比較対象に含まれていない。

同書は国際比較の明確な分析枠組みは設けていないものの、マクロ、メゾ、ミクロの社会の各々のレベルにおける出産サービスに関わる政治的・社会的関係に焦点をあて、社会学を中心に助産学、文化人類学等の学際的な29名の執筆陣がそれぞれの角度から比較分析を行っている。社会レベルごとの三構成であり、第1部「出産ケアの政治」ではマクロレベルにおける出産ケアサービスの制度設計における政治と利益団体の役割、第2部「ケアの提供」ではメゾレベルにおける専門職集団の形成と制度内での職業間の競争について、特に助産師に着目して各国の歴史的な経緯をたどり比較考察している。第3

部「社会・技術・ケア」ではマイクロレベルにおけるサービスの受給者のアクセスと利用、医療技術がもたらす助産師の仕事と出産女性の経験の変容を扱っている。

② 松岡・小浜 (2011)

図1の赤点線部分を対象とする松岡・小浜(2011)は文化人類学の観点から医療として提供される産前・分娩・産後ケアに加えて、その周縁部に存在する退院後の母子の生活そして産婦の背後にいる家族や親族のネットワーク、助産師や伝統的な産婆によるケアなどの出産の民俗や文化に着目する点の特徴である。本書は先進国と途上国の両方を対象とし、アジア13カ国(日本、中国、韓国、タイ、カンボジア、ミャンマー、ネパール、ベトナム、ラオス、マレーシア、インドネシア、インド、アフガニスタン)、欧州7カ国(ドイツ、フランス、オランダ、スイス、ハンガリー、スウェーデン、フィンランド)、北米・南米2カ国(アメリカ、パラグアイ)、その他2カ国(パラオ、モロッコ)の計24カ国である。

同書の一章として前出書の編著者であるレイモンド・ドゥブリーズ(Raymond De Vries)がオランダとアメリカの出産ケアの違いを対比させて論じている〔ドゥブリーズ(2011)〕。オランダは「協働」、アメリカは「競争」がその原理であるが、両制度を比較するとオランダの「協働」の方が望ましいと結論付けている。その理由として、協働の方がケアの質が高く、医療資源を効率よく使うことができ、女性の自由が保障されるとともに、女性が選択でき、出産ケアを提供する医師と助産師の関係も良好であることが挙げられている。

③ Kennedy and Kodate (2015)

図1の緑点線部分を範囲とするKennedy and Kodate(2015)は現物給付と現金給付の両方を含み最も分析対象が広い。同書は出産サービスの先行研究として、比較社会政策・福祉国家研究、保健医療サービス研究、出産サービスと政策研究、の3領域をレビューしたうえで、分析軸(表1)を設定している。比較対象国は、エスピン・アンデルセンの福祉レジーム3類型〔Esping-Andersen(1990)〕に該当する国(ニュージーランド、アイルランド、アメリカ、オーストラリア、スコットランド、カナダ、ドイツ、オランダ、スウェーデン)に加えて南欧(イタリア)、東アジア(日本)を含む先進11カ国である。国ごとに一章で構成され、共通の分析軸(表1)に沿って論じている。

(2) 3文献の貢献と限界

これらの3つの文献は、先進諸国において出産サービスとその政策に関する学術的関心が低調である中〔Kennedy and Kodate(2015)〕、各国の出産サービスの多様性とその背景要因について歴史や政治、文化にも広く目を向けて考察している貴重な研究である。

その一方で、これらの研究に共通する限界は、Kennedy and Kodate(2015)及び松岡・小浜(2011)は単独の国の事例、De Vries et al.(2001)は章ごとに数カ国を比較考察するにとどまり、「国際比較研究」としての結論部分、すなわち各国の特徴の整理・考察がない。De Vries et al.(2001)と松岡・小浜(2011)は各国共通の分析軸も設けておらず、そもそもそのような結論の形は目指していないと推察される。しかし、国際比較研究の代表的な分析枠組みである比較福祉国家研究を主要な先行研究とし、各国の章が共通の分析軸に沿って執筆されているKennedy and Kodate(2015)もあってしかるべき結論が存在しない。比較福祉国家論の枠組みのもとで出産サービスはどのように類型化されるのか、また従来の研究、特にジェンダーセンシティブな類型化と出産サービスの類型化は同じなのか否か、といった議論が想定されるが、行われていない。

こうした結果として、国際比較からみた日本の特徴についても、松岡・小浜(2011)及びKennedy and Kodate(2015)で若干記述があるものの、十分に考察されていない。

(3) 先行研究を踏まえた本研究の方向性

先行研究を踏まえて本分担研究は以下の3段階のステップで進めることとしたい。第一に、図1のうち出産サービスを主たる分析対象として、Kennedy and Kodate (2015) の分析軸(表1)に沿って東アジア諸国(中国、韓国、台湾)の情報を収集・整理する。その際に、Kennedy and Kodate (2015) の分析軸について、東アジアの分析の場合に十分なものかという観点から、東アジアを扱う福祉レジーム論や保健医療サービスの比較研究などの関連する先行研究を総ざらいして、再検討する。

第二に、日本と東アジア諸国、さらに及びエスピン・アンデルセンの福祉レジーム3類型〔Esping-Andersen(1990)〕の代表的な国かつ特徴的な出産サービスを提供する国を数カ国(候補として、Kennedy and Kodate (2015) が取り上げている、ドイツ、オランダ、イギリス(スコットランド)、カナダ、アメリカ、スウェーデン)に比較対象を広げて、松岡・小浜(2011)の一章であるドゥブリーズ(2011)の競争と協働の二つのモデルの議論を参考に、類型化へと議論を進める。ドゥブリーズ(2011)は出産サービスの提供において特異な二カ国であるアメリカとオランダを取り上げて、「競争」「協働」の二つのモデルを提示している。上記の対象国がこの二つのモデルのいずれに近いのか、それとも全く異なるモデルとなりうるのか、という観点から、日本をはじめ他の国々を検討し類型化することが一つの方向性として考えられる。さらに、既存の福祉レジーム論における類型化と、出産サービスに着目した類型化で、各国の位置づけは同じなのか、変わるとすればなぜなのか、を解明することにより、出産サービスに着目した類型化の意義を明確にする。

第三に、第一、第二の分析をもとに、日本の出産サービスの特徴と課題について総括する。そこで明らかになった課題については、データや文献、ヒアリング等により分析を深める。分析課題候補としては、次節2項で取り上げている、日本の出産給付が出産育児一時金という現金給付形式であることの原因と問題点、国際的に見て日本の出産育児一時金は妥当な水準なのか、というテーマが挙げられる。

本分担研究の最終年度までに第三の総括までの実施を目指す。第三のうち日本の課題の分析については残る2か年での実施は難しいと考えられ、継続研究プロジェクトでの課題として挙げておく。

表1 日本の出産サービスの内容

分析軸	日本の出産サービスの内容
I 福祉レジーム	<ul style="list-style-type: none"> ・保守主義と自由主義の要素を持つ ・家族主義（男性稼ぎ手モデル）
II 保健医療制度	
制度	<ul style="list-style-type: none"> ・常用被用者を対象とする健康保険制度（大企業は組合健保、中小企業は協会けんぽ）、臨時・自営業等を対象とする国民健康保険、75歳以上を対象とする後期高齢者医療制度 ・自由選択制、自己負担は2-3割 ・国が定めた診療報酬制度
支出	<ul style="list-style-type: none"> ・国民医療費、対GDP比ともに増加傾向 ・総保健医療支出 2010年 7.8%
提供体制	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>人口千対医師数は少ないが、ベッド数は多い、長期入院が多い、診断機器の高い利用率</u>
養成・免許	<ul style="list-style-type: none"> ・医師は6年制、助産師資格は看護師資格が要件。
III 出産サービス給付とその提供	
出産給付	<ul style="list-style-type: none"> ・妊娠出産は病気ではないという考え方にもとづき、正常分娩は自由診療で健康保険の療養給付の適用外。 ・異常分娩の場合は保険適用とされ、3割が自己負担。 ・正常、分娩の種別を問わず、出産育児一時金が支給される。 ・妊婦健診は公費負担
出産場所	<ul style="list-style-type: none"> ・自由選択。自宅出産も可。2011年で98.8%が医療機関、1%助産院、0.2%が自宅その他
産科医、助産師数	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>OECD平均より少ない。</u>
助産師の特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・開業可能だが産科医及び病院との契約が必要 ・医療行為ができない ・ガイドラインに従いリスクのある妊婦は産科医に転送が義務付け ・独立性に欠ける
IV 産前・分娩・産後のケアサービス	
産前ケア	<ul style="list-style-type: none"> ・市販の妊娠検査薬で判定後、産婦人科に行き、検査を受診。 ・妊娠の診断を受けたら自治体に登録し母子手帳の交付を受ける。妊娠から就学前までの成長や予防接種の記録を記載。 ・妊婦健診は23週まで4週毎、24週以降は2週毎、35週以降は毎週。妊婦健診の費用は2009年以前は数回分のみ、それ以降は14回程度が公費負担。ハイリスク妊婦や35歳以上妊婦は超音波検査は無料。 ・99%の妊婦が産婦人科を受診。助産師は産婦人科医院で雇われて産婦人科医の補助や妊産婦への教育や相談を担っている。助産師主導で妊婦健診を行う医療機関もある。 ・<u>妊娠中の疾病の場合においてもOECD平均より入院期間が長い傾向。</u>その費用は

	健康保険が適用され、高額療養費制度により限度を超える負担が軽減される。
出産時ケア	<ul style="list-style-type: none"> 健康保険からの出産育児一時金 42 万円、うち 3 万円は産科医療保障制度の掛金 都市部の出産費用は一時金を超えており、その分は自己負担。産後ケア訪問は自己負担。・低所得家庭に対しては出産扶助が給付される。
	<ul style="list-style-type: none"> 分娩時ケアの産科医が主導するが、妊婦個人や家族に対するケアは助産師や看護師が担う。産前ケア同様に助産師の役割は各院における産婦人科との分担のあり方による。 病院内助産センターは産科医不足をふまえて助産師主導の出産を提供することを企図している。
	<ul style="list-style-type: none"> 帝王切開は増加傾向。2011 年 19.2%。 無痛分娩率は先進諸国と比べて非常に低い。2008 年で 2.8% 無痛分娩実施施設は 2800 施設のうちわずか 250 施設。 正常分娩の場合、無痛分娩費用は自費
	<ul style="list-style-type: none"> 母乳率 2010 年 54%が完全母乳、39%が混合、7%がミルクのみ
産後ケア	<ul style="list-style-type: none"> 日本では産後の入院期間が長め。 東洋医学における産後ケアが女性の将来の健康に重要との考え方にに基づき産後一か月程度の回復期間専用の産後ケア施設が普及している中国韓国とは異なり日本では普及していない。 産前産後の数か月実家に戻りその近辺の産院で出産して退院後実家の世話になる里帰り出産の風習。近年は少なくなる傾向。退院後の育児等を担う夫も増えては来ているものの、育児休業の取得は少ない。その結果として産後の孤立が問題となっており、2013 年から非親族によるサービスの必要性を政府が認識し支援強化が打ち出された。産後ケアサービスの費用は健康保険の適用外。
V 消費者の関与	<ul style="list-style-type: none"> 診療内容よりも食事や部屋の快適さによって産院を選択する傾向がある。 アドボカシー団体は 1990 年代に創設。
VI リスクと権利	
選択する権利	<ul style="list-style-type: none"> 正常分娩は自費のため分娩する産院の選択は妊産婦と家族の選択となっている。その結果、日本の出産サービスの高い商品性が妊産婦を顧客にしている。 その選択が自身の健康や幸福につながるには、高質で豊富な内容のデータベースにアクセスできることが必要。制度上は自由に産院が選べることになっているが、分娩時の介入や治療結果に関する情報が少ない中で選ばざるを得ない。
不妊治療	<ul style="list-style-type: none"> 不妊治療は所得や年齢の制限の下で一定の助成が受けられる。
中絶	<ul style="list-style-type: none"> 適法な中絶は 23 週まで

ジェンダー	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>ジェンダーギャップ指数の国際比較によれば日本のランクが低位であり、立法府と医療提供者と出産サービスの提供現場においても権力アンバランスが色濃く反映されている。</u>直接患者に接するのは女性の看護師助産師であるが決定権は産科医にありその多くは男性である。 ・子育ては家族で行うべきでジェンダー化された役割のもと担われる。産後ケアが健康保険適用外である事実からも明らか。 ・産科医と助産師の特有の協業も伝統的なジェンダー役割を内面化したもの。 ・発展途上にある日本の福祉国家は試練にあり、その進行中の再編成は将来の出産サービスと政策のあり方に多くの影響を与える。
-------	---

出典：Fukuzawa and Kodate (2015)に基づき作成。

3. 国際比較からみた日本の出産サービスの特徴－先行研究とデータによる予備的検討

本節では国際比較からみた日本の出産サービスの特徴についての予備的な検討として、国内外の先行研究⁴及び国際比較データを基に日本の特徴を探る。(1)では先行研究〔Fukuzawa and Kodate (2015)〕で指摘される点、(2)では同研究で指摘されていない点に関して、国際比較データ及び関連文献から日本の特徴について考察する。

(1) 先行研究で指摘される日本の出産サービスの特徴

Fukuzawa and Kodate (2015) では国際比較から見た日本の特徴として表1の下線の点を指摘している。主な特徴は表2の5点にまとめられる。以下ではこれらの点のうち関連データが入手可能なものに関し、国際比較からみた日本の位置を確認する。

表2 日本の出産サービスの特徴

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1) 人口に対して産科医・助産師数は少ない。2) 妊娠中の疾病の場合及び産後の入院期間は OECD 平均より長い。3) 里帰り出産に代表される通り産後は親族によるサポートが一般的で、産後ケア施設が普及している中国・韓国とは異なり日本では普及していない。4) 無痛分娩率は先進諸国と比べて非常に低い。5) ジェンダーギャップ指数の国際比較によれば日本のランクが低位であり、立法府と医療提供者と出産サービスの提供現場においても権力アンバランスが色濃く反映されている。 |
|---|

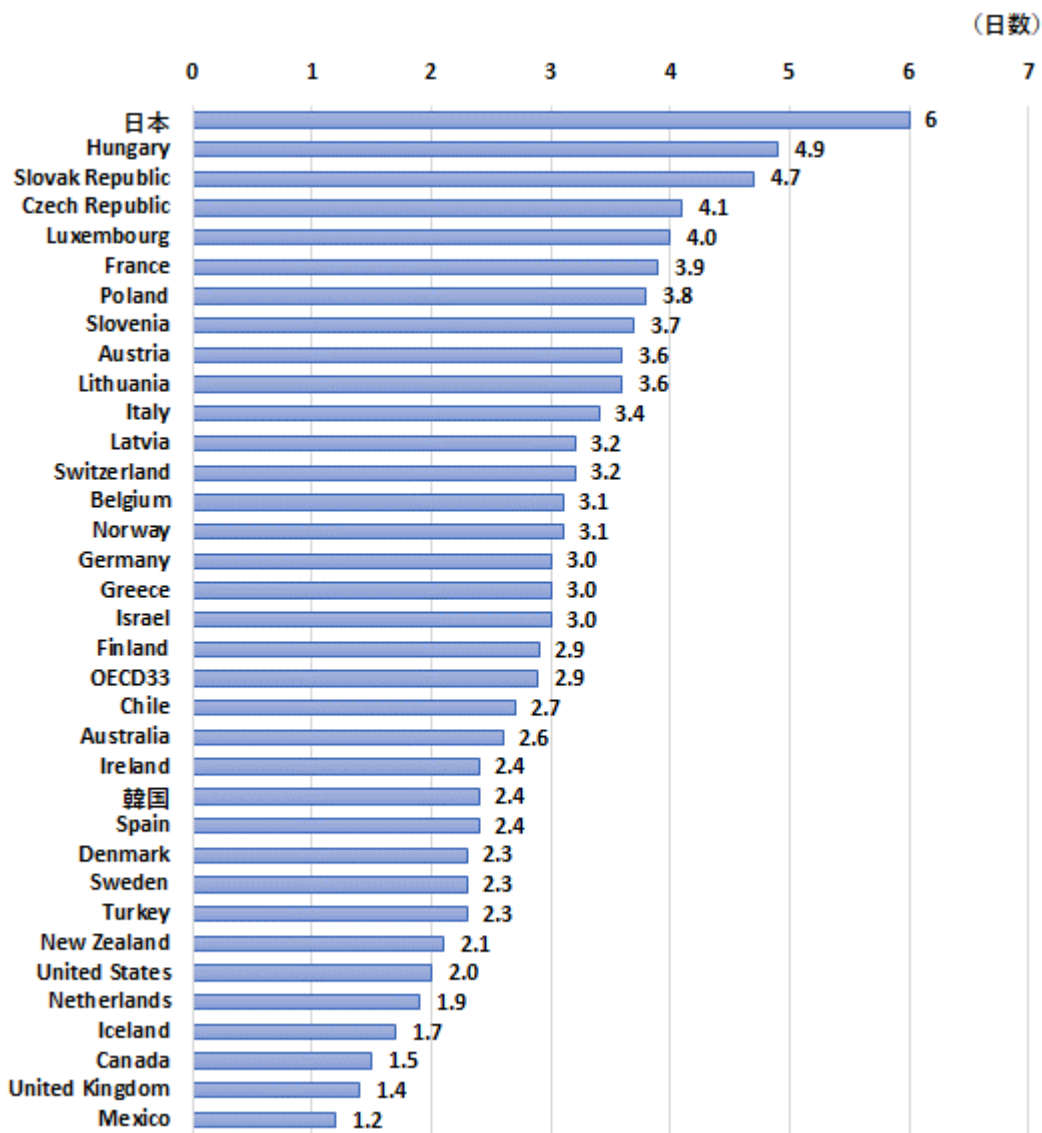
①入院期間が長いこと (表2の2)

日本の正常分娩の入院日数は平均6日であり⁵、OECD諸国の中でも飛びぬけて長いことが確認できる(図2)。他方で、Fukuzawa and Kodate (2015) も指摘しているように日本の一般の入院日数は OECD 諸国のなかでも長く、韓国も日本に次いで長い(図3)。日本(治療入院に限る)と韓国の一般の入院日数はともに上位であるのに対して、正常分娩の入院日数は日本が6日と最長に対して韓国は2.4日と平均よりやや短い点が注目される。この理由については、上記表2の3点目に挙げた産後ケア施設の利用が韓国では普及しており、短い入院日数で同施設に移っていることが考えられる。

日本の正常分娩の入院日数が諸外国と比べて異常に長いのはなぜなのか。次項の通り、日本の正常分娩費用は自由診療で相当分が出産育児一時金として健康保険から給付される。このような診療報酬制度下で診療内容の精査やコントロールが及ばず、入院日数の削減による費用抑制も進まないことが一因と考えられる。その他の要因としては、経膈分娩が多く母体の負担が大きく産後の経過観察のために入院日数を要すること、産後ケアが実母を中心とする家族頼みであり、夫の産休制度も普及しておらず、これらに代替する退院後に利用できる在宅ケアサービスも整っていないため入院の形でのケアとならざるを得ないことが挙げられる。

⁴ ここで引用する先行研究及びデータは現段階で入手できた範囲のものであり、すべてを網羅しているものではない。

⁵ 国民健康保険中央会(2017)『正常分娩分の平均的な出産費用について(平成28年度)』

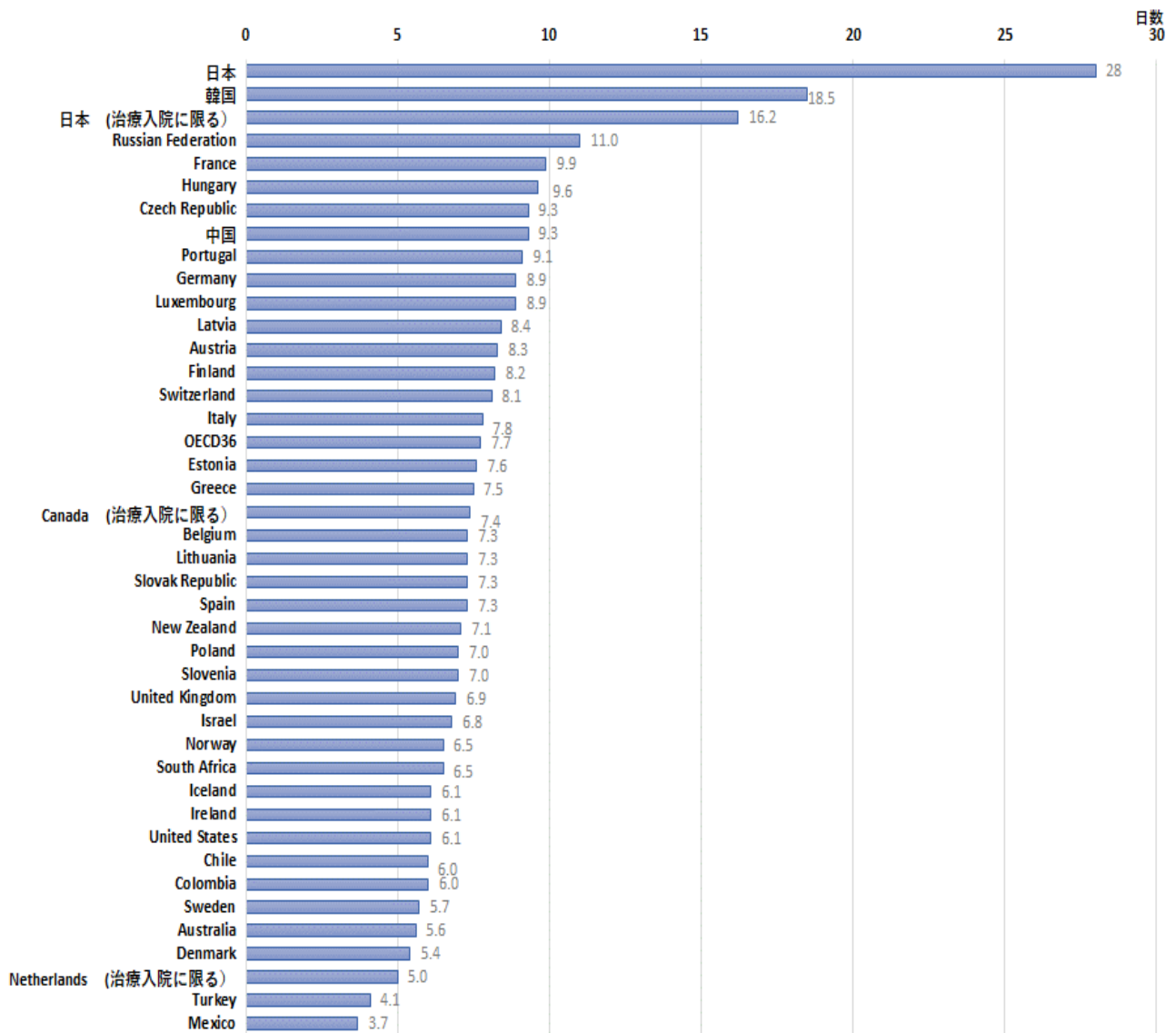


出典：OECD Health Statistics 2019.

日本は国民健康保険中央会（2017）『正常分娩分の平均的な出産費用について（平成28年度）』

注：諸外国は2017年、日本は2016年。

図2 正常分娩の入院日数(2017年)



出典：OECD Health Statistics 2019.

注：フランス、ニュージーランド、アメリカ、オーストラリア、デンマークは2016年。ギリシャは2013年。

図3 平均入院日数(2017年)

②無痛分娩率が低いこと (表2の4)

つぎに表2の4点目の無痛分娩については最新の調査に基づく国際比較である大原(2019)によれば、日本の硬膜外無痛分娩率は6.1%であり、スウェーデンとフランスの7-8割に比べて大幅に少なく、表中の国のなかでは中国に次いで最も低い(表3)。出産方法に関するもう一つの指標である帝王切開率についても日本は低いグループに属する。日本は19%程度でOECD平均の28%を下回るがWHOの推奨する10-15%を少し超えている(表3)。一方、中国は34.9%、韓国は39.1%であり、先進諸国のなかでも高いグループに属する。これらの二つの指標において、日中韓の違いが明確であり、その違いがいかなる背景により生じているのかの解明が今後の課題である。

表3 硬膜外無痛分娩率、帝王切開率

	硬膜外無痛分娩率 (%)	帝王切開率 (%)	
フィンランド	89.0	16.4	2016
フランス	82.2	19.6	2016
アメリカ	73.1	32.0	2015
ベルギー	68.0	21.2	2013
スウェーデン	66.1	17.4	2015
イスラエル	60.0	16.1	2014
カナダ	57.8	27.9	2015
シンガポール	50.0		
韓国	40.0	39.1	2013-2015
ドイツ	25.0	30.5	2016
イギリス	20.8	31.2	2016-2017
ギリシャ	20.0		
イタリア	20.0	35.0	2014
中国	10.0	34.9	2014
日本	6.1	19.7	2014

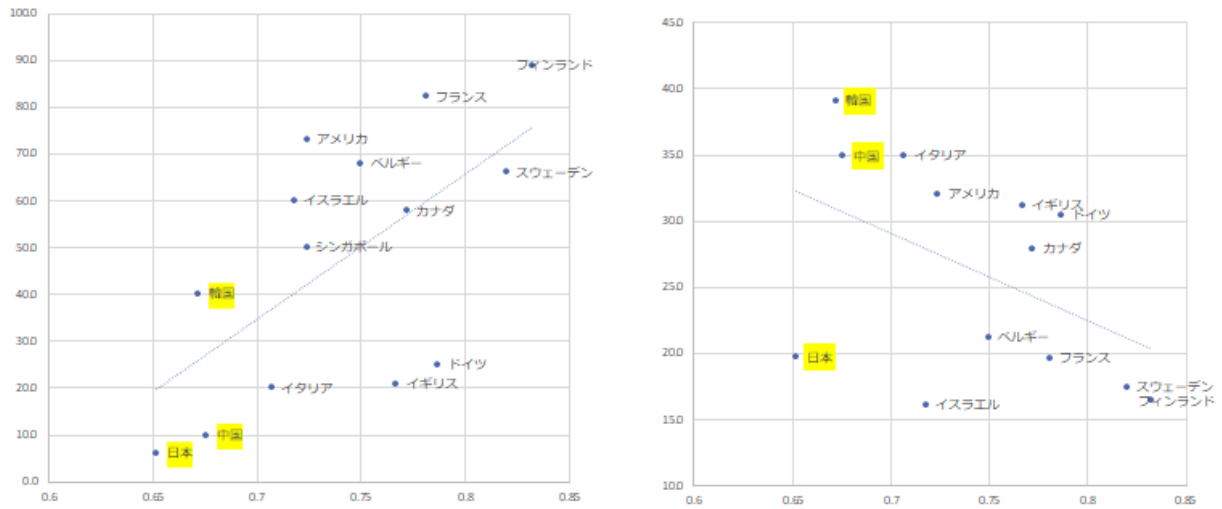
(出所) 硬膜外無痛分娩率は大原 (2019)、帝王切開率はWHOデータベース
[Births by caesarean section \(%\) \(who.int\)](#)

③ジェンダーギャップが大きいこと (表2の5)

表2の5点目の指摘をふまえ、日本の経済社会政治に渡るジェンダーギャップの大きさが出産サービスの提供のあり方にも影響しているとの仮説のもと、試みとしてジェンダーギャップ指数と無痛分娩率と帝王切開率の関係の散布図を作成した (図4)。これによれば、ジェンダーギャップが大きい国 (スコアが低い国) ほど無痛分娩率が低く、帝王切開率が高い傾向がみられる⁶。後者の日本についてはジェンダーギャップが大きい帝王切開率は低い例外的な国であり、ジェンダーギャップ指数が同程度の中国、韓国の帝王切開率が高いのに対して、日本は異なる傾向にあることが確認される。ジェンダーギャップと両指標の関係がどのようなメカニズムで生じるのか、日本と対照的な国をいくつか取り上げて説明することが今後の課題である。

⁶ジェンダーギャップ指数と無痛分娩率の相関係数は0.62、ジェンダーギャップ指数と帝王切開率については-0.46である。

ジェンダーギャップ指数（横軸）× 硬膜外無痛分娩率（縦軸、%） ジェンダーギャップ指数（横軸）×帝王切開率（縦軸、%）



である。

図5によれば、入院で最も費用が多額なのはスイス、次いでオランダ、日本、ドイツの順である。外来が著しく多いのはオランダであるが、これはドゥブリーズ(2011)が指摘するように自宅出産が多く、また在宅の産後ケアサービスが一週間前後、保険適用で受けられることが提供しているとみられる〔Kaminska (2015)〕。

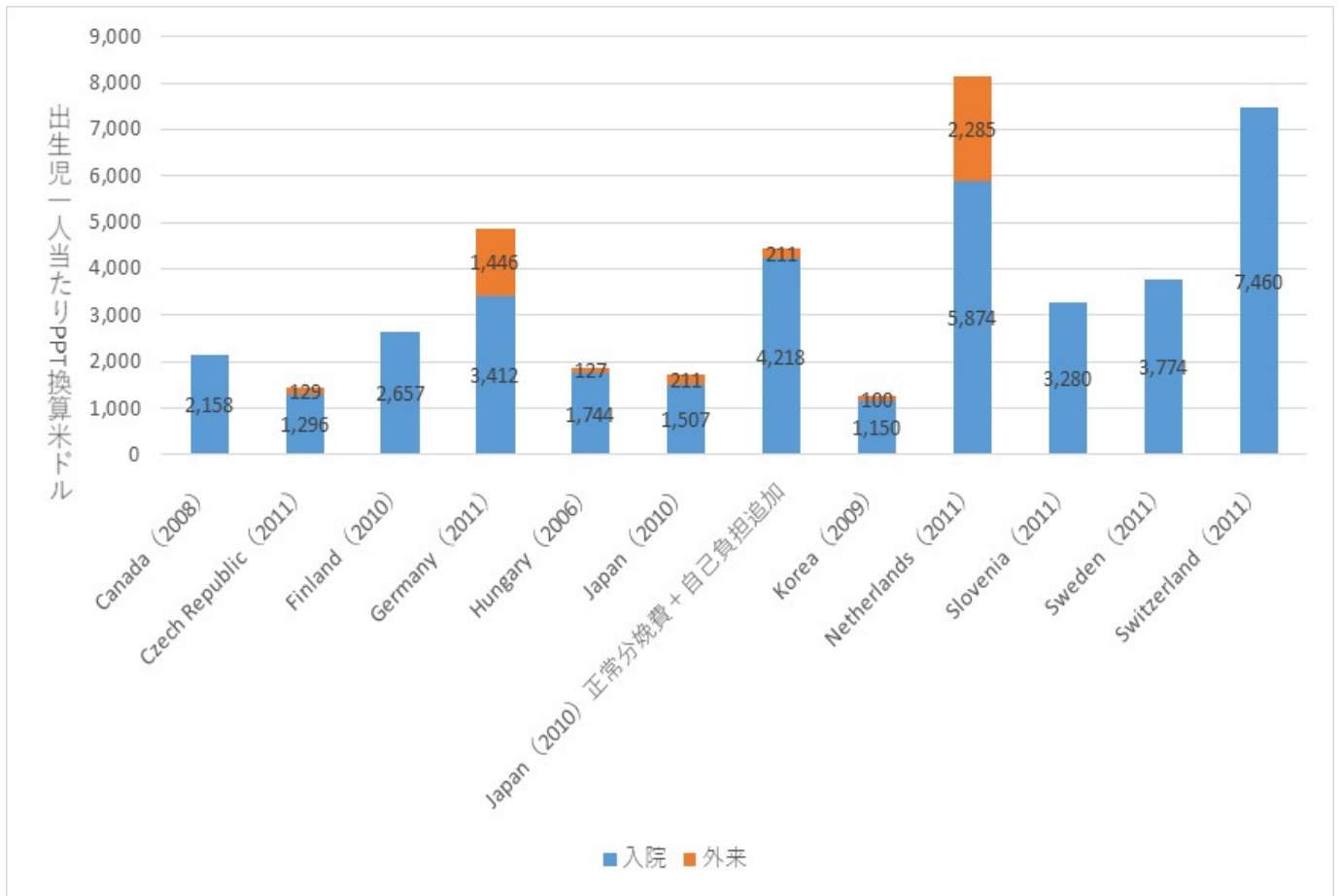


図5 出生児一人あたり妊娠、分娩及び産褥に要する費用

出典：OECD Health database を OECD の米ドル換算購買力平価 (PPT) 及び各国の出生児数より一人あたり支出を推計した。日本については厚生労働省「人口動態統計」「患者調査」より筆者推計。

②出産給付の形式－現金給付（出産育児一時金）

Fukuzawa and Kodate（2015）では出産給付について「妊娠出産は病気ではないという考え方にもとづき、正常分娩は自由診療で健康保険の療養給付の適用外」であり正常・異常分娩を問わず出産育児一時金が支給されることについて言及している。しかし、正常分娩が療養給付の適用外であり、さらに指摘されていないがその費用相当が出産育児一時金として現金支給されることが日本の特徴であるとの指摘は行っていない。この点を指摘した小暮（2016）によれば社会保険によって医療保障がなされる多くの国において分娩は現物給付対象であり、ドイツ、フランス、韓国の事例を挙げている。

わが国においてなぜ出産が療養の給付の対象から外され出産育児一時金として現金給付形式がとられてきたのか。出産育児一時金の制度変遷は表4、先行研究は表5の通りである。1990年代の研究においては〔橋本（1993）〕「出産が療養の給付の対象から外されてきたのは、日本の医療保険が、歴史的に療養に伴う特別の出費を補填する所得補償として発達してきており、「療養」が狭義に解釈されてきたため」と考えられており、これは当時の厚生労働省保険局による「出産は傷病ではない」という答弁と同じであった。この「傷病ではない」ために出産は現物給付対象外であるという通説を疑った小暮（2016）は、健康保険法が成立した戦前期に着目し、創設当初は現金給付、その後現物給付方式の時期もあったが、戦時下の出産奨励の手段として産院での分娩が推奨され再び現金給付に戻り、戦後も継続し現在に至ることを指摘した。ではなぜ戦後において現金給付が維持されたのだろうか。

大西（2014）はその理由として3点を挙げている（表5）。第一に、GHQによる分娩の施設化への誘導により、1960年までに日本において急激に出産が施設化された帰結として都市部と郡部における出産の「二重構造」が発生し、現物給付化に際する出産経費の全国標準化が困難であったこと、第二に1960年から1970年の「二重構造」の解消過程における母子健康センターの増加を契機に、それ以後、日本母性保護医協会（日母）は正常分娩が診療報酬点数化された場合に「助産婦レベル」の点数に統一されることを危惧し反対したこと、第三に1980年代以降は出産の医学管理化が進行したにもかかわらず「正常分娩は自然現象」であるとの前提に基づき診療報酬の点数は極めて低く抑えられるであろうことが予測され、日母が現状維持を働きかけ続けたことである。これらの理由により、日本の出産給付は定額金銭給付の増額をもって既存の制度を維持強化することによって対応してきたという。

大西（2014）は戦後における現金給付の維持は、政府厚生省と開業医団体の間の「政治」の産物であることを明らかにした点で評価できる。しかし同研究においては、上記の3点目として1980年代以降を一括でとらえ、少子化対策以前（1980年代以前）と少子化対策以後（1990年代以降）の変化について十分に説明されていない。少子化対策以前・以後で、出産給付は医療政策（健康保険）から医療政策と少子化対策にまたがる政策課題へと変化したことによって、政府厚労省のスタンスや産婦人科医団体のスタンスと両者の緊張関係はどのように変容したのかが明らかではない。1980年代以降の時期には厚労省と日本母性保護医協会（日母）は相反する関係にあった。厚労省は「正常分娩は自然現象であり疾病ではない」という理由から正常分娩の費用を助産師レベルに抑えようとしたのに対して、日母は反対の姿勢を貫いた。一転して1990年代以降に少子化対策が政治の最重要課題となり出産育児一時金の拡充が大幅に進むなかで、厚労省と日母のそれぞれの主張がどう変わったのかについては今後の課題とする。

表4 出産給付の変遷

	被保険者本人に対する給付	被保険者の配偶者などへの給付
1927年1月	分娩費：20円 任意現物給付：産院収容あるいは助産手当	(なし)
1942年2月	分娩費：30円 任意現物給付：助産手当廃止	(なし)
1948年7月	分娩費：標準報酬月額半額の半額(最低保障額1000円) 哺育手当金：分娩後6か月間月100円	配偶者分娩費：500円 哺育手当金：被保険者本人と同額
1949年4月	哺育手当金：分娩後6か月間月200円	配偶者分娩費：1000円
1961年6月	分娩費：標準報酬月額半額(最低保障額6000円) 哺育手当金：育児手当金と改称、2000円の一時金	配偶者分娩費：3000円
1969年8月	分娩費：標準報酬月額半額(最低保障額2万円)	配偶者分娩費：1万円
1973年9月	分娩費：標準報酬月額半額(最低保障額6万円) (以降1976年、1981年、1985年、1992年に最低保障額を引き上げ)	配偶者分娩費：6万円 (本人分娩費とともに引き上げ)
1994年4月	分娩費と育児手当金を統合、出産育児一時金：定額30万円	配偶者出産育児一時金：30万円
2002年10月		被保険者の全被扶養者に拡大：家族出産育児祝金
2006年10月	出産育児一時金：35万円 産科医療保障制度掛金分3万円含む	家族出産育児一時金：35万円
2009年1月	出産育児一時金：38万円 直接支払制度の導入	家族出産育児一時金：38万円
2009年10月	出産育児一時金：42万円	家族出産育児一時金：42万円
2015年1月	出産育児一時金：42万円 産科医療保障制度掛金分1.6万円に引き下げ	出産育児一時金：42万円

出典：小林(2008)、野城(2011)、稲森(2011)、厚生労働省(2020)を基に作成

表5 日本の出産給付(出産育児一時金)に関する先行研究

橋本(1993)	・出産が療養の給付の対象から外されてきたのは、日本の医療保険が、歴史的に療養に伴う特別の出費を補填する所得補償として発達してきており、「療養」が狭義に解釈されてきたため。
稲森(2011)	・1922年健康保険法創設から2011年までの国会答弁等を参照して改正経緯をたどり、今後のあり方を考察する。 ・1990年代以降の厚労大臣・保険局長の答弁における現物給付化をしない理由は以下の3点にまとめられる。 ①出産は傷病ではないこと、②妊娠後に予め出産費用の準備ができるため、③出産ニーズの多様化の中で保険適用をするとそのサービスが定型化してしまう恐れがある。 ・これが理由として十分であるか検討の余地がある。分娩の現物給付化は必ずしも医療保険の枠組みで行われるべきものではなく、公費負担(税財源)による母子保健の枠組みで行うことも一案である。
大西(2014)	・戦後に出産給付の制度が現金給付が維持された理由； ①GHQによる分娩の施設化への誘導により、1960年までに日本において急激に分娩が施設化された婦科として都市部と郡部における分娩の「二重構造」が発生し、現物給付化に際する出産経費の全国標準化が困難であったこと。 ②1960年から1970年の「二重構造」の解消過程における母子健康センターの増加を契機に、それ以後、日本母性保護協会(日母)は正常分娩が診療報酬点数化された場合に「助産婦レベル」の点数に統一されることを危惧し、反対したこと。 ③1980年代以降は出産の医学管理化が進行したが、にもかかわらず、「正常分娩は自然現象」であるとの前提に基づき、診療報酬の点数は極めて低く抑えられるであろうことが予測され、日母が現状維持を働き続けたこと。 これらの理由により、日本の出産給付は定額金銭給付の増額をもって既存の制度を維持強化することによって対応してきた。
小暮(2016)	・通例の「病気ではない」という理由は、少なくとも制度成立期から当てはまるものではない。 ・分娩と疾病・傷病は予見不可能性という点で並立した保険事故であったために給付が存在した。しかし健康保険法施行当時に採用された給付手段は団体自由選択主義という方法であり、全国規模の医師会を通して疾病・傷病に対する療養の給付を担った医師と異なり、分娩介助の中心を担っていた産婆は全国規模の専門職集団を持たなかったために、療養の給付と分娩の給付は給付方法が異なった。その後、疾病や傷病と同様に現物給付されるようになったものの、戦時下の出産奨励の手段として産院での分娩が推奨され、また高額な現金給付ができる制度に戻ったことが、現在、分娩だけ給付方法が異なる成因である可能性がある。 ・このような説明は、「病気ではない」ために現物給付対象外であるという通例の説明とは著しく異なり、病気であっても病気でなくても「分娩」という保険事故が健康保険の対象であった。

4. おわりに

本稿では国際比較からみた日本の出産サービスの特徴について、国内外の先行研究と国際比較データを基に以下2つの予備的な検討を行った。その作業を通じて、比較の分析枠組みと分析の方向性を定めるとともに、いくつかの国際比較データから日本と東アジア諸国の比較から興味深い相違が確認された。

第1に、出産サービスの国際比較を扱う3つの先行研究をレビューし、それらを踏まえた本研究の分析枠組みの設定と今後の分析の方向性を定めた。出産サービスの国際比較を扱う3つの先行研究は、各国のサービスのあり方の多様性とその背景要因について歴史や政治、文化にも広く目を向けて考察している点は評価できる。しかし、国別の事例を示すに留まり、国際比較研究として共通の分析枠組みに沿って各国の特徴の考察や類型化を行うものは見当たらず、国際比較からみた日本の特徴についても十分な考察を行ったものはない。今後、本研究では、Kennedy and Kodate (2015) の分析軸に沿って東アジア諸国（中国、韓国、台湾）の比較からスタートして情報を収集・整理し、さらに欧米諸国へと比較対象を広げて、最終的には比較福祉国家論の枠組みに沿った類型化の議論を目指すことを研究の方向性とする。これらの比較分析の中で日本の特徴と課題について考察を進めるとともに、そこで明らかになった課題についてはさらに分析を深める計画である。

第2に、来年度以降に本格的に比較研究を進める準備として、国内外の先行研究と国際比較データを基に日本の特徴について予備的な検討を行った。まず、Kennedy and Kodate (2015) が挙げた日本の国際比較からみた特徴に関する記述のうち次の3点（正常分娩の平均入院日数、無痛分娩率・帝王切開率、ジェンダーギャップ指数と無痛分娩率・帝王切開率の関係）について、国際比較データや文献を参照しつつわが国の特徴について予備的に考察し、今後検討すべき点を抽出した。これらの指標においては日中韓の違いが明確であり今後のその違いが生じる要因について更に調査を進めることが課題である。また、ジェンダーギャップが大きいほど無痛分娩率が低く帝王切開率が高い関係がみられたが各国でなぜそのような関係が生じるのかについても今後明らかにする必要がある。さらに Kennedy and Kodate (2015) では触れていないが日本の特徴と考えられる2点（妊娠出産にかかる保健医療支出、出産育児一時金という現金給付であること）についてデータや文献を基に考察した。前者についてはOECDの診療種類別の保健医療支出データ等を基に出生児一人あたりの妊娠、分娩及び産じょくに関する支出を入院・外来別に推計し、日本は入院に関してはスイス、オランダに次いで高く、国際的にみて日本の妊娠、分娩及び産じょくの入院費用は高い可能性が示唆された。その背景として入院期間が長いことが挙げられるが、日本の水準とその説明要因については今後の課題として残された。後者については、先行研究において、1980年代以降を一括でとらえ、少子化対策以前（1980年代以前）と少子化対策以後（1990年代以降）で出産給付が医療政策（健康保険）から医療政策と少子化対策にまたがる政策課題へと変化したことによって、政府厚労省と産婦人科医団体の両者のスタンスと緊張関係がどのように変容したのかを明らかにすることが課題として残されている。

参考文献

- 市川香織 (2015) 「産後ケアの文化的背景と現代の課題についての一考察」『文京学院大学医療技術学部紀要』第8巻、23-30頁
- 稲森公嘉 (2011) 「論壇：医療保険と出産給付」『週刊社会保障』No.2612, 2011年1月17日, 44-46頁
- 大原玲子 (2019) 「無痛分娩普及度の国際比較」『産婦人科の実際』68巻6号 (2019年6月)
- 大西香世 (2014) 「公的医療保険における出産給付－現金給付をめぐる政治過程」『大原社会問題研究所雑誌』No.663
- 蒲原純 (2016) 「地域における分娩費用のメカニズム」『平成27年度学部学生による自主研究奨励事業研究成果 報告書』<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/repo/ouka/all/54696/>
- 厚生労働省(2020) 「出産育児一時金について」厚生労働省社会保障審議会医療保険部会第136回資料(令和2年12月2日) <https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000700493.pdf>
- 小暮かおり (2016) 「日本の健康保険における出産給付の期限と給付方法の変遷－1927年から1945年の制度変化に注目して」『大原社会問題研究所雑誌』No.698
- 小林 雅史 (2017) 「出産育児一時金・埋葬料－健康保険による特殊な現金給付」ニッセイ基礎研究所基礎研レターhttps://www.nli-research.co.jp/files/topics/57290_ext_18_0.pdf?site=nli
- 島崎謙治(2011)『日本の医療：制度と政策』東京大学出版会
- ドゥブリーズ, レイモンド (2011) 「マタニティーケアの二つのモデル－オランダとアメリカ」松岡悦子・小浜正子編 (2011)『世界のお産－儀礼から先端医療まで』, 185-198頁
- 野城 尚代 社会保険制度にみる「子育て支援」機能 東洋大学人間科学総合研究所紀要 第19号 (2017) 199 - 211 <https://www.toyo.ac.jp/uploaded/attachment/111217.pdf>
- 橋本宏子(1993) 「医療保障と女性」, 社会保障研究所編『女性と社会保障』東京大学出版会, 1993年, 155-182頁
- 松岡悦子・小浜正子編(2011)『世界のお産－儀礼から先端医療まで』勉誠出版
- 厚生労働省「出産育児一時金について」令和2年12月2日 第136回社会保障審議会医療保険部会資料1-2 <https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000700493.pdf>
- De Vries, R., Wrede, S., Teijlingen, E. van and Benoit, C. (eds.) 2001. *Birth By Design: Pregnancy, Maternity Care and Midwifery in North America and Europe*. New York : Routledge
- Esping-Andersen, Gøsta (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press
- Fukuzawa, Rieko K. and Kodate, Naonori (2015) "Japan", in De Vries, R., Wrede, S., Teijlingen, E. van and Benoit, C. (eds.), *Maternity Services and Policy in an International Context- Risk, citizenship and welfare regimes*, Chapter 8, Routledge
- Kaminska, Monika E. (2015) "The Netherlands", in De Vries, R., Wrede, S., Teijlingen, E. van and Benoit, C. (eds.), *Maternity Services and Policy in an International Context- Risk, citizenship and welfare regimes*, Chapter 11, Routledge
- Patricia Kennedy and Naonori Kodate (eds.) (2015) *Maternity Services and Policy in an International Context- Risk, citizenship and welfare regimes*, Routledge

International comparison of maternity service of Japan – preliminary study

TAKEZAWA Junko⁷

In the first year, a preliminary study is conducted on the characteristics of Japanese maternity care services from the perspective of international comparisons, based on previous comparative studies and international comparison data.

The three previous studies dealing with international comparisons of maternity care services are commendable in that they examine the diversity of services in each country and the factors behind them, with a broad focus on history, politics, and culture. However, they only present country-specific examples, and there is no analysis that follows a common analytical framework for international comparative studies. There is also no sufficient consideration of the characteristics of Japan from an international comparison perspective. In the future, this study will start with a comparison of East Asian countries (China, South Korea, and Taiwan) along the analysis axis of Kennedy and Kodate (2015), collect and organize information, and then expand the comparison targets to Western countries. In the course of these comparative analyses, we plan to examine the characteristics and issues of Japan, and further deepen our analysis of the issues that have become apparent.

Next, as a preparation for conducting comparative research in the next year and onward, I will examine the following three points of Kennedy and Kodate's (2015) description of Japan's characteristics in terms of international comparisons (average hospital stay for normal delivery, epidural pain relief delivery rate and cesarean section rate, and the relationship between the gender gap index and epidural pain relief delivery rate and cesarean section rate). For these three indicators, I made a preliminary study of the characteristics of Japan, referring to international comparison data and literature, and extracted issues that need to be examined. The differences between Japan, China, and Korea are clearly expressed in these indices, and it is our task to further investigate the factors that cause these differences in the future. In addition, although not mentioned in Kennedy and Kodate (2015), we discussed two points that are considered to be characteristic of Japan (health care expenditures for pregnancy and childbirth, and cash benefits in the lump-sum payments for childbirth) based on data and literature. Regarding the former, we estimated the expenditure on pregnancy, childbirth, and childbirth per birth by inpatient and outpatient categories, and found that Japan has the second highest inpatient expenditure after Switzerland and the Netherlands, suggesting that the cost of hospitalization for pregnancy, childbirth, and childbirth may be high internationally. This suggests that the cost of hospitalization for pregnancy, labor and delivery and obstetrics in Japan may be high from an international perspective. The reason for this is the long duration of hospitalization, but the level in Japan and the factors that explain it remain to be determined.

⁷ National Institute of Population and Social Security Research (IPSS)