

産科医療補償制度

山田 悦子

中村学園大学短期大学部幼児保育学科

概要

日本では、妊娠・出産にかかる費用には保険が適用されず、殆どが自己負担となる為、多くの妊産婦が高額な費用を負担する現状にある。このような経済的問題が少子化に拍車をかける一端となっていることから、近年、「産科医療補償制度」の公費負担がこれまでの約3倍に拡充された。少子化問題を考える上で経済的問題は大きな要因であるが、その他にはどのような要因があるのだろうか。現在、少子化問題は日本だけでなく、世界的に深刻な問題となっているが、例えば、フランスの出生率は年々上昇している等、積極的な家族支援政策の取り組みにより少子化対策に成功した事例もある。そこで、本研究では新興国・先進国の各国における産科医療補償制度体制を取り上げ、日本と比較することにより、少子化に歯止めをかける為に今後必要となる政策や支援の取り組みについて考察していくことにする。

1 章 産科医療補償制度の概要

妊婦にとって安全な妊娠・出産に欠かせない妊娠検査は高額な費用を必要とする。産科医療補償制度は、現在の少子化に歯止めをかける為、その検査費用を地方自治体や市町村が補償する制度である。そこで、この章では産科医療補償制度について、制度発足の背景から現在の制度の現状について解説していくことにする。

1.1 節 産科医療補償制度の背景

産科医療補償制度は、分娩に関連して発症した重度脳性麻痺児に対する補償としての機能、および、脳性麻痺の原因分析や再発防止の機能とを併せもつ制度として創設された。よって、本来補償されるべき脳性麻痺児が補償を受けることができないという事態は防ぐべきであり、全ての分娩機関が「産科医療補償制度」に加入する必要がある。また、産科医療補償制度創設の目的は、分娩に関連して発症した脳性麻痺児及びその家族の経済的負担を速やかに保障し、脳性麻痺発症の原因分析を行い、将来の脳性麻痺の予防に資する情報を提供することで紛争の防止や早期解決及び産科医療の質の向上を図ることであった。

現在のような妊婦補償制度となったのは、1969年に都道府県が委託した医療機関において、低所得世帯の妊婦を対象に公費（国 1/3、県 2/3）による妊婦前期及び後期健康診査各1回を開始したことに始まる。その後、1974年に全ての妊婦を対象として、妊婦前期及び後期健康診査を各1回と都道府県が委託した医療機関において健康診査（国 1/3、県 2/3）が実施された。但し、健康診査に関しては1997年に実施主体が都道府県から市町村へと移った。そして、1998年に2回の妊婦健康診査費用が一般財源化（地方交付税措置）され、2007年に地方交付税措置による公費負担回数が2回から5回へと拡充された。

1.2 節 妊婦健診費用の助成金とは

安全な妊娠・出産に欠かせない妊娠検診は妊娠から出産までに最低14回の受信が必要とされている。国の2008年度第二次補正予算関連法で14回分の妊娠検診の無料化が決定したことを受けて、各市でも4月1日から助成拡充がスタートした。妊娠中の健康診査の公費負担をこれまでの

5 回から 14 回に拡充させ、これにより妊婦 1 人あたり全妊婦期間中に受けられる助成は最高 3 万 7720 円から 4 万 9 千円に増額となった。助成は補助券方式であり、母子健康手帳別冊に添付された「妊婦健康診査費用補助券」を利用し、補助券は 1 回目の検診が 1 万円、それ以降は 3 千円が公費負担、差額分は自己負担となる。但し、健診費用総額が補助金額未満の場合は利用不可である。また、同制度の受診対象となるのは平成 21 年 4 月 1 日以降に母子健康手帳を交付された市内在住の妊婦であり、それ以前に母子健康手帳を交付されている妊婦には追加分（9 回分）の補助券が郵送される。

妊娠検診の助成範囲を広げた緊急対策の内、妊娠が無料で受けられる「超音波検査」の回数が実施主体の市町村によってばらついている。超音波検査は 1 回 5300 円かかる検査であり、国の助成指針では年齢に関係なく 4 回は無料となるはずであった。しかしながら、年度末に慌ただしく決まった為、「検討する時間がなかった」とする自治体があり、全国一律を想定していたにも拘わらず居住市町村によって妊娠の経済負担に格差が出る形となった。

結果として、国は助成金で受けられる補助を診査費用は 14 回まで拡充し、超音波検査も 4 回分に拡充した。しかし、補正予算の成立が市町村側の予算編成と重なった為、多くの自治体が予算措置が間に合わないと判断し、また、国の拡充策が 2 年間の時限措置の為に特に高額な超音波検査の拡充には及び腰になっている。例えば、長野県の松本市や上田市では、2 年後以降の経済負担を憂慮し、また、現在の妊娠検診で健康管理は十分対応できるとしてこれまで通りとしている。但し、飯田市は国の緊急対策を見越して補正予算成立に合わせて 2 月から超音波検査 4 回分の無料化を実現し、南佐久郡北相木や下伊那郡根羽村等の小規模村を中心に元々超音波検査等について手厚く助成している自治体もある。また、「異常」の早期発見の為には超音波検査は必須である。よって、現状として超音波検査を目的に来る妊娠も多く、更に、妊娠 9 か月の妊婦は毎回超音波検査費用を支払ってお産が近づけば検診は毎週あり、負担は少ない方が良いという意見も多くあることから、市町村での格差は今後の問題点でもあり課題となっている。

1.3 節妊婦検査の現状

妊婦検診では、妊娠中毒や妊娠高血圧症候群等の特別な問題が生じた時にはその治療や検査・受診に関わる費用に保険が適用されるが、多くの検査では自費診療となっている。こういった現状から妊娠検診は高額な費用がかかるといった問題点があり、少子化が進む中、政府の取り組みとして出来た制度が「妊婦健康診査費用補助券」である。

妊婦健診では、通常の検診の他にスケジュールに沿って様々な検査を行い、その場合は基本料金（初診料または再診料＋妊婦健診料）に検査の料金が加算される。以下の表が妊娠検査でかかる診察料金の参照である。

初回	初期（0～15 週）	中期（6～27 週）	後期（28 週～40 週）
健診の回数	月 1・2 回	23 周まで月 1 回 24 週以降は 2 週間に 1 回	35 週までは 2 週に 1 回 36 週以降は 1 週間に 1 回
初診 6000 円	再診 時間内 3000 円 時間外 5000 円		
超音波		超音波（2000～7000 円）	
血液検査（990～3300 円）			
	感染症血液検査 （740 円～2100 円）		NST 4000 円
妊婦検査 5000 円			

超音波検査はABCの3つに分類される。超音波Aでは胎児精密超音波検査を行い、専門医が胎児の頭蓋内や心臓、その他の臓器に異常について詳しく検査する。また、超音波Bでは胎児の体重や胎盤の位置等を調べ、超音波Cでは早産兆候チェックや産後の回復チェック等を行う。このように、超音波検査は妊娠周期によって区分されている。そして、NST（ノン・ストレステスト）とは、胎児の元気さと子宮の収縮の度合いを観察することであり、妊婦検査とは血圧測定・子宮底長・腹囲計測・尿検査（糖蜜白）・胎児診察（触診＋ドップラー又は簡易超音波検査）・保健指導等である。

2章 新興国の医療概要

医療が進んだ現代においても未だ新興国では医療に大きな問題を抱えている。例えば、アフリカの女性問題の一つに出産時に膣に孔が開く「産科フィスチュラ」という疾病がある。この疾病の症状は糞尿漏れが酷く、多くのアフリカの妊婦が悩まされている。アフリカでは女性が非常に若い年齢、多くが10代中頃で結婚することから、未熟な体や骨格が未発達のままに妊娠・出産する事を余儀なくされる。また、アフリカでは初等教育の水準が低い地域が多く、公衆衛生という概念も無い為に適切な医療を受ける事が出来ない現状にあり、その為、無謀に出産に挑むことを余儀なくされた女性達は時に陣痛が長引き、出産後に膣部に多大の打撃を受けて糞尿漏れや合併症の発症や身体障害や下肢障害、また、酸欠状態の為に胎児が死産となることが多発している。しかしながら、フィスチュラは9割前後手術で治り、再び妊娠・出産することも出来る疾病である。すなわち、アフリカ等の新興国においては公衆衛生と初等医療が重要ポイントであり、これらの対応が今後の課題となっている。

次に、近年経済成長の著しいインドでは政府が地方での医療向上を目指して無料で産科医療を行っている。そして、出産前後の無料ケアや入院サービスや総合緊急産科ケアおよび合併症の場合の照会等、具体的な治療を保証することをインド政府は約束している。しかし、現状としては地域レベルにおいて妊産婦の死亡または傷害の実態や合併症を患った女性の緊急産科医療の受診現状について等の明確な情報収集は行われておらず、緊急対応システム等の緊急依頼を受け入れて救済処置を提供するアクセス可能なシステムが無い等の理由から制度が全く機能していないという状態にある。更に、インドでは妊産婦への治療ミスが繰り返し発生しており、妊娠期間中や出産時あるいは出産後数週間内に死亡する女性が数万人にも達しているが、インド政府はその原因を探り対処する事を行っていない。例えば、ウッタル・プラデーシュ州はインドで人口が最も多く、かつ、妊産婦死亡率も最も高い州であるが、インド政府はその実態を認識することも記録することも行わず、悲惨な現状となっている。このような状況が続くことは、何万人もの救える命を失うことになり、今後、適切な産科医療を受ける事の可能なシステムを用意する等、現存する課題を解決していく努力が求められている。

最後にアジアに目を向けると、日本の隣国である中国では毎年7000人の女性が分娩時に死亡しているとユニセフ(国連児童基金)が「2009年世界児童状況」のレポートの中で発表された。中国は1990年代から医療と保健の水準を向上させており、分娩時の女性の死亡数は全世界の約1.3%という世界の人口比で考えれば非常に素晴らしい数字となっている。しかしながら、中国は東西南北の4部に分かれているが、東部と南部に人口が集中しており、乳幼児の死亡率は西部地区が東部地区の2.7倍、農村部は都市部の2.4倍、貧しい農村部では都市部の5倍に達するといった現状となっている。特に、貧困地区では質の高い医療サービスを受ける事が出来ない為、助かるはずの多くの命が失われている状況である。その為、都市と農村部の格差も問題になっており、新しい医療改革案に妊婦と乳幼児を含む基本公共衛生サービスで格差是正の推進を盛り込む方針である。また、モンゴルの首都ウランバートルは人口84万人であるが、4か所しか産婦人科病院

が存在しない現状である。その中の第2産婦人科病院では75人が入院可能であるが、一日に50人、多い日には100人もの人が押し掛け、応急処置の必要な患者や陣痛が始まった妊婦を入院させるだけでベッドが満員となり、その他大勢の患者を受け入れられない状況となっている。その為、年々受け入れ能力に問題が生じ、病院の負担が重くなり過ぎていることが問題となっている。

以上のように、新興国の多くが未だ産科医療において多くの問題を抱え、多くの妊産婦が悩まされている現状にある。また、経済的状況や身分制度の問題、医療に対する知識や取り組み、産科医療制度の問題などと新興国によって問題も様々となっている。すなわち、日本の産科医療と比較すると、新興国の現状はまさに医療崩壊と言える現状が続いており、従って、この現状を打破する為に一刻も早くこれらの課題を解決していくことが必要となっている。

3章 先進国の医療概要

先進国では、産科医療だけでなく手厚い児童手当や保育サービス等が充実しており、その成果として年々出生率が上昇している。そこで、この章では先進国の中でも特に家族支援政策で成果を上げているスウェーデンとフランスについて、家族支援政策の背景から現在の現状について解説していくことにする。

3.1 節 スウェーデンの産科医療と児童手当

スウェーデンでは、出産期の女性の労働率は84.3%と高い一方で出生率も変動はあるものの1.64と高い水準を保っている。その背景として、1974年に導入された世界初の両性が取得できる育児休業の収入保障制度（両親保険制度）等、様々な児童手当制度などが手厚く保証されていることが挙げられる。また、スウェーデンでは母子志向が強い為、1歳までは母親が育てるべきだと考えている人が多く、出産後1年は育児休業を取得して子育てに専念する母親が多いこともこの背景の一端となっている。具体的には、育児休業直前の8割の所得を1年半に渡り保障して、2年半以内に次の子どもを産んだ場合も保障される他、労働時間の短縮可能、少ない残業と短い通勤時間により男女共に多くは午後6時前に帰宅が可能となっている。加えて、両親保険や児童手当等の家族政策に係る財政支出は対GDP比3.31%（2001年現在）と日本の0.47%（2001年現在）に比べても高い水準を打ち出している。

OECD 基準による家族分野への社会支出の対 GDP 比（2003 年）			
GDP 順位	国 名	GDP (億ドル)	GDP 比 (%)
1	アメリカ	108,816	0.70
2	日本	43,264	0.75
3	ドイツ	24,007	2.01
4	イギリス	17,949	2.93
5	フランス	17,480	3.02
6	イタリア	14,659	1.30
19	スウェーデン	3,008	3.54

また、16歳未満の子を持つすべての親に第1子から児童手当（非課税）が支給され、3人の子がいるカップル世帯（未婚の夫婦）では可処分所得（課税前の家計収入から支出が義務付けられている税金と社会保険料を差し引いた残りの自由に使える手取りの収入）の約1割、2人の子がいる一人親世帯でも約1割に相当する児童手当が支給されている。この他にも子どもがい

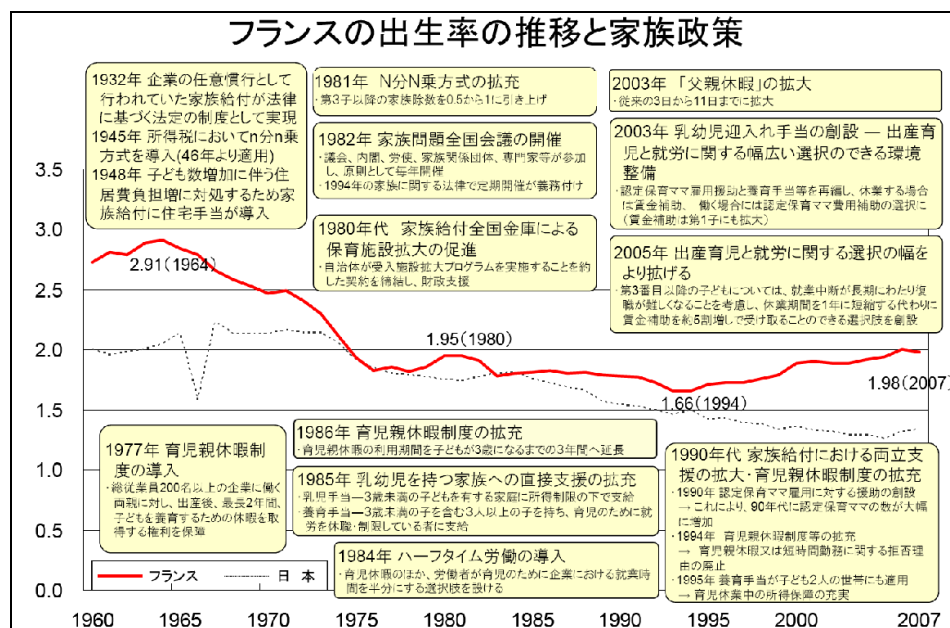
る世帯の約 3 割が非課税の住宅手当も受給される等、育児負担を国全体で担い全ての子どもの生活を親の属性に関わらず保障することを基本理念としており、この理念に基づく一貫した子育て支援がスウェーデンの出生率を支えているのである。

スウェーデンの児童手当 2001 年現在		支給月額 (クローネ)	対平均可処分所得比(%)	
			カップル世帯	ひとり親世帯
出生順位	第 1 子	950	3.3	5.6
	第 2 子	950	3.3	5.6
	第 3 子	1204	4.1	7.1
	第 4 子	1710	5.9	10.1
	第 5 子以降	1900	6.5	11.2
子ども数	1 人	950	3.4	6.0
	2 人	1900	6.4	10.2
	3 人	3104	10.5	*
	4 人	4814	15.5	*
	5 人	6714	*	*

スウェーデンでは、産科医療においても手厚いサービスが行われている。例えば、妊産婦保健センターが設けられ、妊婦健診・産後健診・避妊相談・子宮がん検診等のサービスが無料で行われており、助産師が無料で妊婦の定期検診を行い、親教育という考え方の中で健康管理や出産・育児に関する情報を提供されている。また、近年上昇傾向にある 30 代・40 代の出産に対する不安を取り除く為、このような出産に関するサービスを無料で行っている。

このように、スウェーデンでは充実した育児休業制度や児童手当等、妊産婦へのサービスを国全体の取り組みとして行うことにより、高い出生率を保ち続けることができているのである。

3.2 節 フランスの高い出生率の理由



フランスの産科医療制度では費用の負担だけではなく、時間的にもほぼ待つことなく定期健診や検診を受ける事ができる等、妊婦の負担が少なく、就業時間中であっても検診が可能であるこ

とが労働法で保障されている。また、児童手当に関しては第2子以降には所得制限無く子どもが20歳になるまで手当を給付することができ、更に、第2子以降の育児休業手当は子どもが3歳まで受給可能となっている。その他にも政府による多様な保育サービスや家族支援が定着しており、子どもが3歳になるまで育児休暇が保障されていることや男女共に労働時間週35時間制等、充実した育児環境が整備されている。

このような背景もあり、2007年のフランスの出生率1.98というアイルランドの出生率1.90を超えて欧州1位となった。しかし、1965年ではわずか5.9%に過ぎなかった出生数に対する非嫡出子（未婚の夫婦から生まれた子ども）の割合は2007年には50.5%と半数を上回っている。これは、日常生活において既婚の夫婦と変わらない権利、例えば、婚姻による夫婦同様に一方の社会保護をもう一方が利用する事が出来る等、結婚に伴う法的保護や社会的信用が結婚をしていなくとも与えられているという側面、および、若者が後先考えず子どもを産み、国や社会に頼り過ぎているという側面という両者の要因により非嫡出子の割合が年々上昇していつているのである。しかしながら、このような懸念材料はあるものの、2008年のフランスの新生児数は81万6500人と過去最高の記録を打ち出している。これは、フランスの家族支援政策が成功した事を示す結果と言えるであろう。

欧州で一番人口の多いドイツは、フランス同様に児童手当等が手厚く保証されているが、出生率は1.34と低迷している。これは、ドイツでは保育サービスの不足や性別役割分業意識が強い為に女性が仕事と育児の二者択一を迫られる等、労働時間が十分に確保できない事が原因となっている。すなわち、こういった保育サービスや労働時間の点からも、フランスでは家族支援政策が充実していることで年々高い出生率を打ち出す結果となっているのである。

まとめ

これまで述べてきたように、日本における産科医療補償制度は居住市町村によって妊娠の経済負担に格差が出る等の問題も生じているが、多くの先進国と同様に日本が抱えている少子化問題克服の為に有効な方策であり、今後の更なる制度拡充が期待されている。また、世界に目を向けると、新興国での産科医療は衛星的・経済的にも課題が多く、現状としては医療崩壊というべき問題が生じており、今後、政府全体での更なる取り組みが一刻も早く期待されている。その一方、先進国では日本も見習うべき家族支援政策が充実しており、未婚の夫婦においてもその支援は徹底されている。このように、世界における産科医療や家族支援の現状は様々であるが、我が国が抱える少子高齢者時代における多くの問題克服の為に、世界の状況を鑑み、社会や時代の要求に適切に応えながら国全体および国民一人一人が真剣に考えていくことが重要なであろう。

おわりに

この論文は中村学園大学短期大学部 幼児保育学科 橋本弘治研究室において2008年から2011年に作成した卒業研究論文です。当研究室では卒業研究論文集を「幼児保育」と中村学園の学園祖 中村ハル先生の遺訓「努力の上に花が咲く」を組み合わせ「中村学園大学短期大学部「幼花」論文集」（以下、「幼花」論文集と記す。）と名付けております。但し、これは中村学園大学短期大学部としての正規の発行物ではありません。「幼花」論文集は当研究室にて作成した卒業研究論文の論文集です。

卒業研究論文は2008年より当研究室のホームページにて概要のみを公開しておりました。また、「幼花」論文集は卒業生への配布を目的として、基本的には非公開を前提として、パスワード保護により当研究室のホームページよりリンクしておりました。但し、個別にお問い合わせを頂いた教育・研究機関の関係者にはご理解頂いた上でお渡ししております。

この度、2018年8月現在においてパスワード保護が何らかの理由で解除され、「幼花」論文集が一般公開されている事実を確認いたしました。この事実に関しまして、ホームページを公開する者として管理不行き届きがありましたことを心よりお詫び申し上げます。

これまでリンク元である当研究室のホームページより論文へアクセスされた方はご理解された上でご覧いただいていると思いますが、それ以外の経路により直接論文へアクセスされた方には誤解を生じる論文集の名称であることから、この度、この文面を「幼花」論文集のすべてに追記することにいたしました。また、これまで卒業生への配布と総合演習（卒業研究）発表会での使用を前提としておりましたので、著作権表示として「中村学園大学短期大学部」と表記しておりましたが、「お問い合わせ先」と変更しております。尚、「幼花」論文集の詳細についてはリンク元である当研究室のホームページをご覧ください。

<http://www.nakamura-u.ac.jp/~hashimot/members/members.html>

「幼花」論文集は保育・幼児教育を中心として、保育者を目指す学生が真摯に取り組んだ卒業研究の成果集です。当研究室としましては、この「幼花」論文集が教育・研究をはじめとして、子ども達を取り巻く環境改善の一助となることを希望しております。

上記をご理解の上、本文をご覧くださいますようお願いいたします。

2018年8月8日
中村学園大学短期大学部
幼児保育学科 橋本弘治