

日医総研リサーチレポート

諸外国における妊娠出産に
関する公的医療保障制度の適用について

N o . 138

日本医師会総合政策研究機構

羽藤倫子

諸外国における周産期医療の概要と妊娠出産に関する保険適用について

日本医師会総合政策研究機構 羽藤倫子

キーワード

- ◆ 社会保障制度
- ◆ 公的医療保障制度
- ◆ 妊娠・出産
- ◆ 現物給付
- ◆ 現金給付

ポイント

◆本稿は OECD 加盟国の中から 10 か国を対象に、各国の周産期医療の概要と併せ、妊娠・出産に関する公的医療保障制度の適用と費用負担という点から日本との比較を行った。

◆日本の周産期医療の特徴としては、妊産婦死亡率や周産期死亡率がともに低く、安全性が高い点と有床診療所での出産が挙げられる。また、帝王切開率や硬膜外麻酔併用率が欧米や諸外国に比べて低い。一方で妊婦の平均年齢や低出生体重児の割合が高い。

◆アメリカを除くすべての対象国が産前から産後までの周産期医療に対して公的医療保障適用としており、いずれも現物給付という形をとっていた。それぞれの国の公的医療保障制度の範囲内での給付が原則であり、その適用外のサービスについては自己負担となる。

一方で、多くの国で妊娠・出産に関する医療給付は自己負担免除や保険料免除等の対象とされ、一般の医療給付に比べて手厚い給付となっている。また、妊娠出産以外の医療給付に対しても妊婦に対して何らかの負担軽減策がとられている国もある。

◆妊娠出産に関する保健医療サービスの提供者は、産科医以外にも助産師が主体であったり、かかりつけ医、一般医が担う国もある。また、産前ケアは地域の保健センターやクリニックが主体となり、出産分娩は病院で行われ、短期間入院ののち産後ケアは再び地域保健センターやクリニックに戻るというケースが多い。

◆上記より、今後日本において妊娠出産費用の保険適用化を論じる際には、これまで日本で提供されてきた質の高い周産期医療を、産前～産後までの時期と提供サービス内容との 2 点について、他の疾患への医療保険との整合性をはかりながらどのように保険適用化できうるかという点で議論していく必要がある。

はじめに

従来、日本においては妊娠出産にかかる費用はいわゆる疾病とは異なり、現金給付という形で給付されてきた。その理由には、「妊娠出産が自然の営みであり、疾病ではないから」というのが一般に言われるが、ほかにも、出産は予測可能であるという点や医療技術の急激な進歩に伴い自宅出産から医療機関での出産へと出産場所が変遷していく中で一律の療養給付化が困難であった点などが挙げられている。

しかし昨今、少子化対策の一環として妊娠出産に係る費用負担軽減が議論される中、2022年4月からの不妊治療の保険適用の開始、2023年4月からの出産育児一時金の引き上げに続いて、出産費用の保険適用化が検討され始めた。

翻って日本の妊娠出産を取り巻く現状を見てみると、妊婦死亡率や新生児死亡率の低さから世界一安全な医療を提供している一方で、出生数は減少し、医師数や施設数をはじめ医療提供体制の地域差、産科有床診療所の経営悪化¹が問題になっている。

今後、日本の妊娠出産費用の保険適用化に関して議論する際に、国内の現状・課題を明らかにしていくことはもちろんであるが、諸外国ではどのような制度が用いられているのかを知っておくことも一助となるであろう。しかし、妊娠出産の費用負担、どのような公的保障制度が運用されているかという点での先行研究は少ない。

妊娠出産に関わらず医療保障制度は国によって異なる点が多いが、本稿では、大枠としての各国の医療保障制度概要を述べたうえで、妊娠出産に係る公的保障の適用という点に限定して、諸外国の状況を概要としてまとめたので報告する。

¹ 江口成美「令和5年（2023年）有床診療所の現状調査」日医総研ワーキングペーパーNo. 479, p23-p25

目次

1. 各国の周産期医療関連の概要	
1.1 合計特殊出生率と妊婦平均年齢	1
1.2 出産の安全性や状況に係る指標	3
(1) 妊婦死亡率・周産期死亡率・低出生体重児の割合	3
(2) 出産方法・正常分娩に伴う入院日数	5
(3) 周産期医療の従事者数	7
1.3 まとめと諸外国との比較から見える日本の特徴	8
2. 医療保障制度と妊娠・出産への適用について	
2.1 各国の医療保障制度について	10
2.2 医療保障制度と妊娠・出産	12
2.3 対象諸外国と日本の妊娠出産に関する保障制度のまとめ	17
3. おわりに	19
4. 資料	
4.1 出産に係る費用の国際比較	22
4.2 各国の医療保障制度と妊娠出産に関する医療サービスについて	
(1) イギリス	23
(2) フランス	27
(3) ドイツ	30
(4) イタリア	33
(5) スウェーデン	36
(6) フィンランド	39
(7) アメリカ	42
(8) カナダ	45
(9) オーストラリア	48
(10) 韓国	51

1. 各国の周産期医療関連の概要

本稿では日本とほぼ同水準で周産期医療が提供されている先進諸国のなかから、医療制度や周産期医療に関する先行研究を参考に 10 か国（イギリス、フランス、ドイツ、イタリア、スウェーデン、フィンランド、アメリカ、カナダ、オーストラリア、韓国）を対象として、周産期医療の概要及び妊娠・出産への公的医療保障制度の適用有無について、公開されている資料をもとに比較を行った。背景となる各国の周産期医療の概要について述べる。

対象 10 か国について①合計特殊出生率、妊婦平均年齢と初産婦の平均年齢、②出産の安全性や状況に係る指標（帝王切開率、無痛分娩併用率、低体重出生児の割合、妊婦死亡率、周産期死亡率、単胎自然分娩平均入院日数）、③提供体制に関する指標（産婦人科医師数（人口 1000 人あたり・分娩 1000 件あたり）、助産師数）について、以下 1.1～1.3 までに示す。

1.1. 合計特殊出生率と妊婦平均年齢（初産婦平均年齢）

表 1-1 に各国の合計特殊出生率、妊婦平均年齢（初産婦平均年齢）を、図 1 に各国の合計特殊出生率の推移を示す。

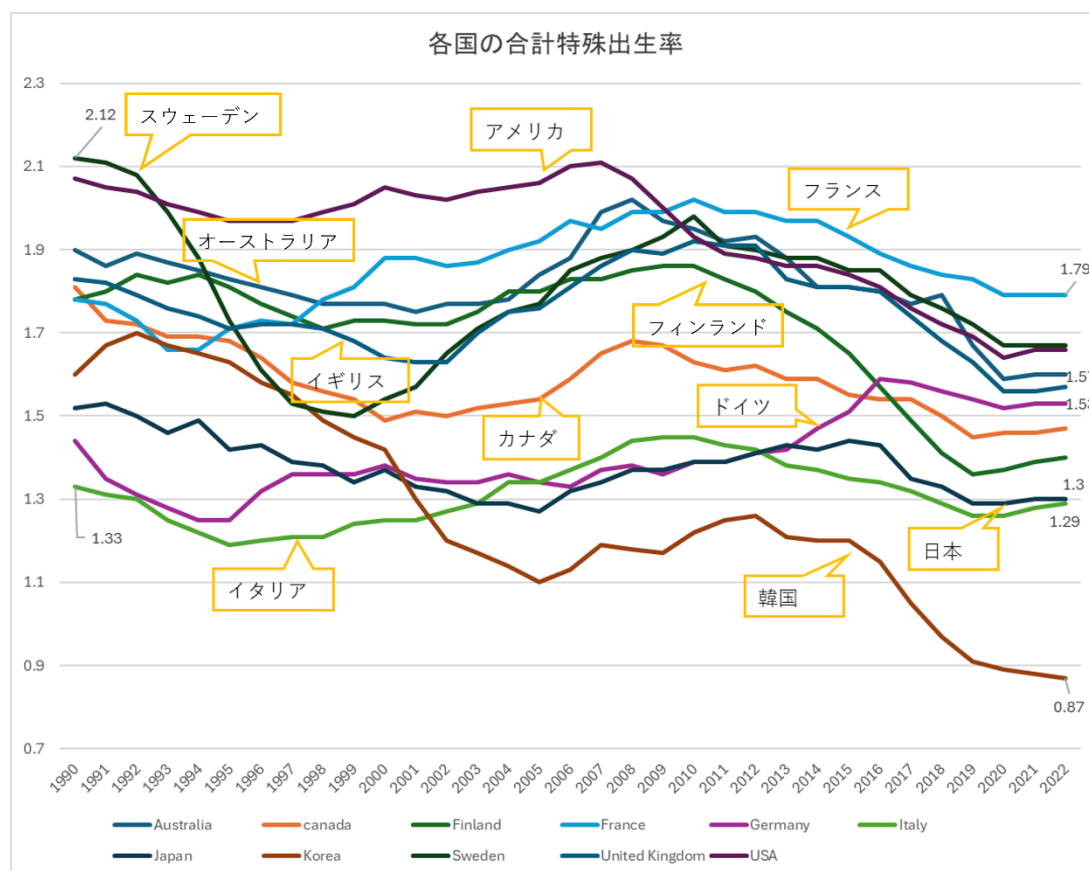
表 1-1

	合計特殊出生率	妊婦平均年齢(初産婦*)
イギリス	1.57	30.9(29.1)
フランス	1.79	31.0(29.1)
ドイツ	1.53	31.5(30.1)
イタリア	1.29	32.4(31.6)
スウェーデン	1.67	31.5(29.8)
フィンランド	1.40	31.4(29.8)
アメリカ	1.66	29.4(27.3)
カナダ	1.47	31.4(29.2)
オーストラリア	1.60	31.1(29.7)
韓国	0.87	33.4(32.6)
日本	1.30	32.2(30.9)

出典：合計特殊出生率：UNFPA 世界人口白書 2023、妊婦平均年齢・初産婦平均年齢：OECD Health statics

* 初産婦平均年齢の Canada2016 年、イギリス 2020 年のデータ、それ以外 2021 年

図 1 各国の合計特殊出生率の推移



出典：UNFPA 世界人口白書 2023

今回対象とした10か国はいずれも合計特殊出生率が人口置換水準2.1を下回っているが、フランスは唯一、この25年間1.8前後を維持し続けており、少子化に一定の歯止めがかかっている。アメリカやオーストラリア、イギリス、カナダは1990年には1.8～2.0程度であったが緩やかな減少傾向を示し、2022年では1.5～1.7程度となっている。北欧のスウェーデンやフィンランドは、過去30年間で増減繰り返しながらも全体としては減少傾向にあり、特にフィンランドは2010年以降減少傾向が加速している。一方、ドイツは1990年時点で1.4と日本より低かったが、近年1.5程度に回復傾向を示している。同様に1990年時点で日本より低かったイタリアは、2022年時点で1.29と日本とほぼ同値で、低出生率のまま推移している。韓国は、1990年時点では1.6と日本より高い値であったが、特に2015年以降の減少傾向が著しく、2022年には0.87と1を切っている。

少子化と併せて日本では出産年齢の高齢化も指摘されているが、今回の対象

国の妊婦平均年齢はアメリカを除いていずれも 30 歳以上となっており、日本に限らず先進国全体に当てはまる。その中でも、韓国、イタリア、日本は妊婦平均年齢の高い上位 3 カ国となっており、合計特殊出生率の低い下位 3 カ国でもある。また、初産婦の平均年齢を見ると、ドイツ、イタリア、韓国、日本の 4 か国で 30 歳以上となっており、中でも韓国は初産妊婦平均年齢が 32.6 歳（2021 年）と OECD 諸国の中でも初産婦の高齢化が最も進んでいる。

1.2 出産の安全性や状況に係る指標（妊産婦死亡率・周産期死亡率・低出生体重児の割合・出産方法・入院日数）

（1）妊婦死亡率²、周産期死亡率³、低出生体重児の割合⁴

表 1-2 に各国の妊婦死亡率、周産期死亡率、低出生体重児割合を示す。

表 1-2

	妊婦死亡率	周産期死亡率	低出生体重児割合(%)
イギリス	9.8	3.9	6.4
フランス	7.9	10.7	7.3
ドイツ	4.4	6.0	6.6
イタリア	4.6	3.9*	6.8
スウェーデン	4.5	4.3*	3.9
フィンランド	8.3	2.9*	4.0
アメリカ	23.8	5.5*	8.5
カナダ	11.0	5.6*	6.6
オーストラリア	2.9	4.0	6.2
韓国	8.1	2.7	7.2
日本	4.3	2.2	9.4

出典： OECD Health Statistics 2023,

Maternal mortality:Deaths per 100 000 live births (2020) Three-year averages,

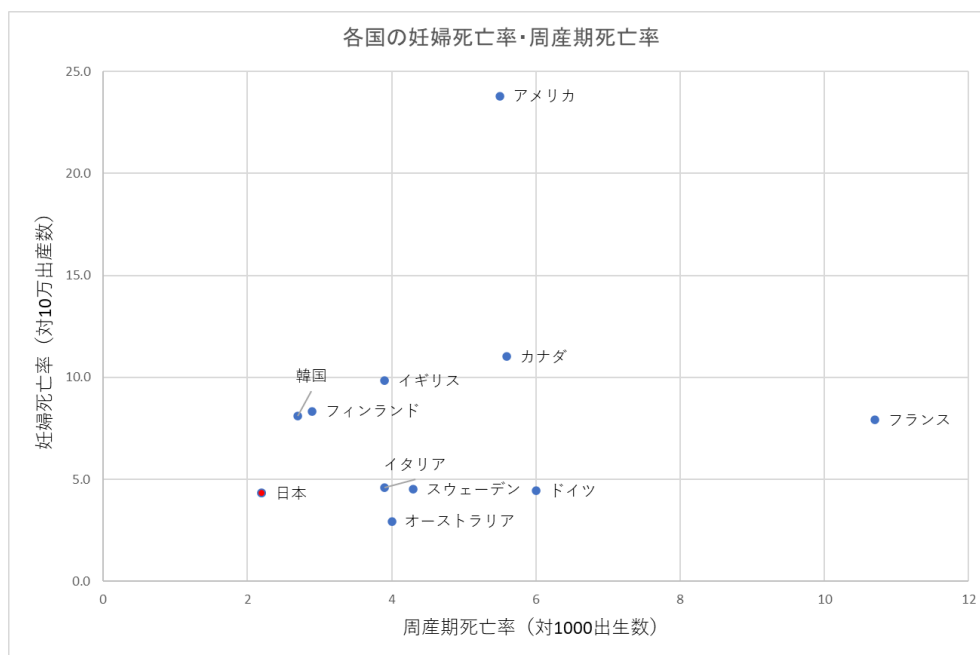
Perinatal mortality: Deaths per 1,000 births : *2020 年のデータ、その他の国：2021 年

² OECD Health Statics での Maternal mortality rate 定義：全妊婦死亡/100,000 Live births

³ OECD Health Statics での perinatal mortality rate 定義：生後 1 週間以内の死亡＋在胎週数 28 週以上もしくは胎児体重 1000g 以上の胎児死亡/出産 1000 件

⁴ OECD Health Statics での低体重出生児割合＝全出生数に対する出生時体重 2500g 未満の割合

図 2 各国の妊産婦死亡率・周産期死亡率



出典：OECD Health Statistics 2023

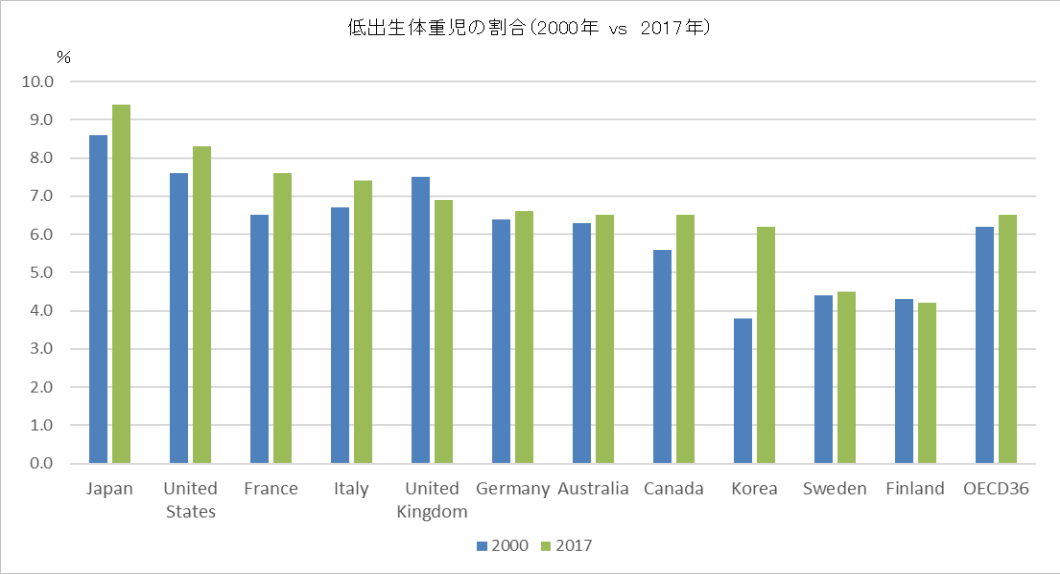
今回対象とした国はいずれも高所得先進国であり、医療水準が高い国々であるが、アメリカやカナダは妊産婦死亡率、周産期死亡率⁵がいずれも高い方に位置し、フランスは周産期死亡率が高い。日本は妊産婦死亡率、周産期死亡率のいずれも世界で最も低い国の一つで、周産期医療の安全性が最も高い国の一つとして評価されているが、スウェーデンやイタリア、オーストラリアなども日本と同様、妊産婦死亡率、乳児死亡率のいずれも低く、これらの国々も世界的に周産期医療の質が評価されている。

一方、日本は、低出生体重児の割合が高いことが指摘されており 2021 年は 9.4% で、OECD 諸国の中でギリシャに次いで 2 番目に高かった。今回の対象国では、低出生体重児の割合はアメリカが日本に次いで高く (8.5%)、フランス (7.3%)、韓国 (7.2%) と続く。図に各国の 2000 年と 2017 年の低出生体重児の割合を示すが、韓国は 2000 年には 4% 未満であったが、この 20 年間での増加率は世界で最も高く、20 年間で 1.5 倍以上となっている。一方、低いのはフィンランドとスウェーデンでいずれも 10 年間ほぼ 4% で推移している。日本での低出生体重

⁵ OECD data では perinatal mortality を「生後 1 週間以内の早期新生児死亡 + 在胎週数 28 週以上もしくは胎児体重 1000g 以上の胎児死亡/1000 出生数」と定義しているが、国によって出生の扱いや差があるため国際比較にはバラつきが生じるとされる。(アメリカやカナダは 500g 未満の乳児割合が高く、生存率低いために乳児死亡率が高くなることが指摘されている。一方、国によっては、出生の基準を在胎週数 22 週もしくは胎児体重 500g 以上としているところもある。

児割合は高い値で推移しており、この傾向は今後もしばらく続くと予想される。

図 3 低出生体重児の割合の変化



出典：OECD Health Statistics 2019

(2) 出産方法・正常分娩に伴う入院日数

表 1-3 に帝王切開率と硬膜外麻酔併用率⁶、施設での出産割合⁷、経膣分娩時の平均入院日数を示す。

表 1-3

	帝王切開率（％）	硬膜外麻酔併用率（％）	施設での出産割合**	入院日数（日）
イギリス	31.3	20.8	—	1.6
フランス	20.5	82.2	98	3.7
ドイツ	30.7	25	99	2.7
イタリア	32.3	20	100	3.3
スウェーデン	18.2	66.1	—	2.2
フィンランド	20.7	89	100	2.8
アメリカ	32.1	73.1	—	2
カナダ	29.8	57.8	98	1.5
オーストラリア	37.0	—	99	2.4
韓国	53.8	40	100	2.4
日本	21.4	8.6*	100	5.3

出典：帝王切開率、入院日数： OECD Health Statistics 2023、令和 2 年度医療施設動向調査、

硬膜外麻酔併用率：大原（2019）「無痛分娩普及度の国際比較」、日本：令和 2 年度医療施設動向調査

⁶ 大原玲子、無痛分娩普及度の国際比較、産婦人科の実際、2019、Vol.68 No.6

⁷ **施設出産割合＝医療機関もしくは保健施設で出産した 15 歳－49 歳の女性の割合（世界子供白書 2023）

日本では、医学的に必要な場合や帝王切開の既往がある場合の 2 人目以降の出産を除いては帝王切開が選択されることはほぼないが、韓国では半数以上が帝王切開での出産となっている。続いて、オーストラリアやイタリア、アメリカが約 3 分の 1 と帝王切開率が高い。一方、スウェーデンやフィンランド、フランスでは日本と同程度あるいは 20%未満となっている。国によって帝王切開率が異なる理由の一つとして医療機関や医師の都合による帝王切開選択がなされること⁸、報酬面の高さから帝王切開が選択されうることも指摘されている⁹。

経膣分娩時の硬膜外麻酔併用による無痛分娩の割合をみると、フィンランドで 89.0%、フランスで 82.2%、アメリカ 73.1%、スウェーデン 66.1%と続く。イギリスやドイツ、イタリアでは無痛分娩率はさほど高くなく 20%程度にとどまっているが、日本より高い。

今回の対象国と比して、日本では帝王切開率、硬膜外麻酔併用率がともに低く、いわゆる伝統的な自然分娩が最も一般的に行われているともいえる。海外での無痛分娩実施率の高さや日本での低さについては、出産時の痛みに対する受容性や女性の権利といった文化的な背景、医療提供体制の違いなどが挙げられている¹⁰。

上記でみたように、今回の対象国では、帝王切開術や硬膜外麻酔薬の併用といった医学的介入を伴う出産方法が選択される割合も高い。出産場所についてみると、施設分娩の割合はほぼすべての国で 98%を超えている。イギリスやオーストラリアではバースセンター¹¹や自宅出産も 2%程度で選択される¹²が、主な出産場所は病院¹³である。日本では病院での出産が 54%、診療所での出産が 45.3%と医療機関での出産が 99%を超えている¹⁴。

⁸ M. Scavini and C. Morinali (2015), "Italy", 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 9

⁹ 小笠原信実、韓国における混合診療と公的医療保険給付の課題、社会政策学会誌『社会政策』第 11 巻 2 号、2018 年

¹⁰ 海野信也、無痛分娩の提供体制構築の課題と費用負担の在り方、社会保障研究、Vol18, N04、446-463

¹¹ バースセンターとは病院というより自宅に近い雰囲気の中で、助産師によるサポートで分娩・出産を行う場所で、正常妊娠の妊婦が選択できる。通常 24 時間以内に退院すること多い。病院内に設置されていることもあるが、通常、硬膜外麻酔は受けられない。

¹² M. McIntyre. (2015), "Australia", 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 5

¹³ 一般に病院の規模は各国によって異なるとされるが、海野⁹によると他の先進国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く、欧米と比較して産科診療所での出産が日本の特徴の一つである。

¹⁴ 厚生労働省人口動態調査 2022 年 <https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003411600>

これらの医療機関への分娩に伴う入院日数は、通常の単胎・経膈分娩の場合、カナダの 1.5 日が最も短く、イギリス、アメリカも 2 日以内となっている。一方、フランスでは 3.7 日、イタリアは、3.3 日と比較的長い。今回の対象国の中で、韓国は出産時の平均入院日数は 2.4 日と短い、産後ケアについては、医療機関ではなく産後ケアの専門施設で比較的長期間過ごすことが一般的である。

(3) 周産期医療の従事者数（産科医師数・助産師数）

表 1-4 に産婦人科医師数（人口 1000 人あたり）（分娩 1000 件あたり）、助産師数¹⁵（人口 1000 人あたり）（分娩 1000 件あたり）を示す。

表 1-4

	産婦人科医師/1000人	産婦人科医師/分娩1000件	助産師数/1000人	助産師数/分娩1000件
イギリス	0.13	12.53*	0.48	48.2*
フランス	0.12	10.81	0.35	31.94
ドイツ	0.26	27.26	0.30	31.43
イタリア	0.22	30.44	0.29	42.24
スウェーデン	0.14	12.45*	0.75*	68.9*
フィンランド	0.11	13.04*	0.42*	50.06*
アメリカ	0.14	12.37	—	—
カナダ	0.08	8.51*	0.05	4.76*
オーストラリア	0.09	7.64*	0.80	69.59*
韓国	0.12	23.22*	0.02**	2.3**
日本	0.11	16.26*	0.26*	39.27*

出典：OECD Health Statistics 2023, 各国データは*印：2020 年、韓国：2015 年 そのほかの国は 2021 年,

日本では産科医の不足が課題とされてきたが、人口 1,000 人あたりの産婦人科医師数でみるとカナダやオーストラリアは日本よりも少ない。カナダではとりわけ地方での産科医数不足が顕著である¹⁶。一方、ドイツ、イタリアは日本の約 2 倍もしくはそれ以上と多く、その他の国はほぼ日本と同程度もしくは、やや多い程度である。分娩 1,000 件あたりの産婦人科医師数でみると、日本より多いのはイタリアやドイツ、韓国で、その他の国では日本より少なく、特にカナダ、オーストラリアでは分娩 1,000 件あたりの産婦人科医師数は 10 人を下回っ

¹⁵ 助産師数：practicing midwives の数、カナダは practicing midwives の公表がないため midwives licensed to practice で代用している。

¹⁶ L. M. Roth and A. M. Lubold. (2015), "Canada", 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 7

ている。一方、韓国は人口あたりの産婦人科医師数は日本とほぼ同程度だが、出生率が低いため、分娩件数当たりの医師数でみると 1,000 件あたり約 23 人と多くなっている。

助産師の数が特に少ないのは韓国とカナダである。一方、スウェーデンやオーストラリアは助産師の数が多く、特にオーストラリアでは産婦人科医師数の少なさと対照的である。

妊娠や出産に関する助産師の役割について、国によって主たるケアプロバイダーが異なっており、医師主導型や助産師主体・医師連携型などと分類する研究¹⁷も多くみられ、日本は医師主導型もしくは医師助産師のチーム型といわれる。

妊娠・出産の経過は様々であり、ハイリスク妊婦や緊急手術の適応となるような状態もありうるが、一般的な健康状態の低リスク妊婦の場合について、今回の対象国では、スウェーデンでは助産師主導型であり、同様にフィンランドやイギリスやオーストラリアも医師連携助産師型といえる。一方、アメリカや韓国では医師主導型である。また、医師の専門性については、ドイツでは主に産科医が担当するが、カナダやオーストラリアでは GP (General practitioner) や family physician も妊婦健診や産後のケアを担当している。

今回の対象国の多くでは、主に産前・産後のケアは地域の保健センターや助産師、クリニックの医師が担当し、産前から妊婦と相談して出産場所を選択・予約、出産は病院で行われている。

1.3 まとめと諸外国との比較から見える日本の特徴

- ・先進諸国はいずれも少子化傾向ではあるが、中でも日本、韓国、イタリアは合計特殊出生率が低く、妊婦の高年齢化も進んでいる。今回の対象国の中で、フランスは比較的少子化が抑えられている。

- ・日本は周産期死亡率・妊婦死亡率ともに低く、安全な周産期医療を提供している。日本以外にもスウェーデンやイタリア、オーストラリアなども同様である。

- ・日本は低出生体重児の割合が最も高く、次いでアメリカや韓国も高い。

- ・日本は諸外国に比べて帝王切開率や硬膜外麻酔併用率が低く、いわゆる自然分娩の割合が高い。

- ・日本の産科医師数は、分娩 1000 件当たりの人数で見ると、諸外国と比べて

¹⁷ Sandall, J. Soltani, H., Gates, S., Schennan, A. & Devane, D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women (Review), (2016)

特に少ないわけではない。しかし、ドイツ、イタリアは日本より産科医数が多く、オーストラリア、カナダは産科医数が少ない。一方、助産師数が多いのはスウェーデンやオーストラリア、イギリスやフィンランドである。カナダや韓国は助産師数がかなり少ない。

- ・産前・産後のケアは主に地域の保健センターやクリニックで行われ、出産は病院で行われている。正常分娩に伴う入院日数は 2 日以内の国が多く、これらの国と比較すると日本は正常分娩でも入院日数が長い。

- ・今回の対象国では妊娠から産後までのケアは医師と連携しつつ助産師が主体的な役割を担う国も多い。(イギリス、スウェーデン、フィンランド、オーストラリアなど)

また、カナダやオーストラリアでは、産科医のみでなく、GP や family physician が妊娠・出産ケアを担当することもある。

一方、日本では医師と助産師がチームを組んで妊婦健診から産後ケアまでを一貫して担当することが多い。出産場所は診療所が約半数を占める。また担当する医師は通常産科医である。

2. 医療保障制度と妊娠・出産への適用について

2.1 各国の医療保障制度について

日本の社会保障制度は社会保険、社会福祉、公的扶助、保健医療・公衆衛生の4つからなる。医療保険は社会保険の中の「医療」部分に該当し、大きく3つの制度（職域保険、地域保険（国民健康保険が該当）、高齢者医療（後期高齢者医療制度））に区分され、複数の保険者の下で国民皆保険を実施している。

今回の対象10か国及び日本のうち、アメリカ以外の10か国では、全国民を対象とした公的医療保障制度を有している。ドイツは公的医療保険への加入は国民の約9割ではあるが、公的医療保険の免除者に対しても公的医療保険もしくは代替としての民間保険いずれかへの加入が義務付けられている。アメリカでは公的医療保障は65歳以上と障がい者を対象とするメディケアと低所得者を対象とするメディケイドが該当する。アメリカでは公的保障への加入は特定の対象者に絞られ、国民の約2/3は民間保険に加入している。

10か国の公的医療保障に対する主たる財源は、6か国（イギリス、イタリア、スウェーデン、フィンランド、カナダ、オーストラリア）は税方式で運営され、4か国（フランス、ドイツ、韓国、日本）は社会保険方式が採られている。

医療給付は現物給付が原則であり、疾患に対する外来診療と入院診療はすべての国で現物給付の対象となっている。健診、予防接種などの予防サービスも多くの国で給付の対象となっている。一方、リハビリテーションや歯科診療、メガネなどの補助具や処方薬・処方箋の代金などの給付適用は国によって異なる。また、カナダ、オーストラリア、スウェーデン、アメリカ（メディケア・メディケイド）では公的医療保険を運営する州や自治体によって適用基準や自己負担の割合が異なる。

日本では医療機関受診に際して、公的医療保険においてフリーアクセスかつ全国一律の診療報酬点数となっている。一方、他国においては、医療機関や専門医へのアクセスと（全部もしくは部分、あるいは給付対象外といった）給付の範囲は様々である。

例えば、かかりつけ医が登録制であるイギリスやイタリア、フランスをはじめとして、ドイツ、カナダ、オーストラリアでは General practitioner (GP)

あるいは family physician が初期診療を行い¹⁸、病院や専門医受診には紹介状が必要である。

また、スウェーデン、フィンランドでは主として自治体が運営する保健センターと公的医療機関で提供される医療サービスが給付の対象となる。

さらに、フランスや韓国、オーストラリアでは以下のように受診する医師や医療機関によって診療報酬や自己負担率が異なる場合がある。

- ・フランスではかかりつけ医 (medecin traitant) 以外を受診した場合は自己負担率が高くなったり、医師の分類によっては医療協約以上の報酬を請求できる仕組みがある。

- ・韓国では受診する医療機関のクラスによって自己負担の額が異なる。

- ・オーストラリアでは公立病院受診時と私立病院受診時、あるいは担当する医師を患者が選択するかしないかによって自己負担率が異なったり、専門医が独自に設定するドクターフィーの自己負担額などが異なる。

日本を含めてすべての対象国において、公的医療保障での給付外サービス（例えば、歯科診療や外来処方薬などが適用外である場合、あるいは差額ベッド代や公的医療保障の対象外である私立医療機関受診時など）や医療給付の自己負担に対して、それを補足あるいは補完する目的で民間医療保険も利用されているが、民間医療保険の加入率も国によってさまざまである。アメリカでは公的保険の加入には対象制限があるため民間保険が一般的であるが、フランスでは国民を対象とする公的保険制度と併せて国民の 95%程度が、主として非営利民間組織である共済組合、労使共済制度が運営する 2 階建て保険にも加入している。一方、韓国やカナダ、オーストラリアも民間医療保険の加入率が高く、これらの国々では保険給付の給付内容が十分でない¹⁹ことや民間保険加入に対する税制上の優遇措置などの政府による支援の影響²⁰といわれている。

¹⁸ オーストラリアの医療保障制度に関する調査報告書 医療経済研究機構 令和 2・3 年度 p34

¹⁹ 河口洋行、公的医療保障制度と民間医療保険に関する国際比較、成城・経済研究第 196 号 (2012)

韓国医療保険制度の現状に関する調査研究報告書、健康保険組合連合会、H29 年 6 月、p53

²⁰ 先進国 7 カ国の健康保険制度の基本構造と特徴～基本的考え方・改革の沿革・立法実施手続き～SOMPO 未来研レポート

2.2 医療保障制度と妊娠・出産

国際労働機関（ILO）の 102 号条約（社会保障の最低基準に関する条約）において女性労働者の母性保護についても定められており、社会保障制度のなかで（i）妊婦及び新生児に対する保健医療サービスの提供と（ii）妊娠出産に伴う就労制限とこれによる所得補償という 2 つの側面での保障が求められる。

日本では、（i）保健医療サービスについては、異常妊娠や異常分娩の場合には現物給付の対象となるが、正常妊娠・出産については現物給付の対象とはならない。正常妊娠・出産については医療機関においては自由診療として医療サービスが提供されている。妊娠中の異常もしくは異常分娩時の現物給付は、疾病に対する医療保険の適用となり、原則 3 割の自己負担が生じるが、高額療養費の対象であれば自己負担の上限額が適用される。

一方、分娩時の保健医療サービスに係る費用の補填という点から、医療保険制度において出産育児一時金という形で現金が給付されている。また、妊娠中については母子保健法に基づいて、妊婦健診にかかる費用が 14 回分まで自治体から公費助成という形で支給される。

（ii）の就労制限に伴う所得補償（以下、代替所得補償と略）という点では、任意給付となっているため、医療保険制度ごとに対応が異なり、被用者保険では出産手当金として給付対象となっているが、国民健康保険では多くの場合給付対象外とされる。

他方、今回の調査対象国においては、アメリカを除くすべての国で、妊娠・出産に関する保健医療サービスが、正常分娩、異常分娩を問わずに公的医療保障制度の中で現物給付の対象として提供されている。

また社会保障制度の中で、代替所得補償としての現金給付もアメリカを除くすべての国で行われている²¹。

表 2-1 に、今回の対象 10 カ国及び日本の妊娠・出産に関する社会保障制度について、保健医療サービスと代替所得補償に分けて示す。

²¹ 妊娠出産に伴う所得補償については、対象者や補償範囲は国によって異なっている（以下例）が、本調査では、女性労働者に対する妊娠出産に伴う休業中の所得保障の制度の有無のみを比較した。

（例 フランスでは、妊娠中に出産休暇を取得する女性労働者が対象であり、被扶養配偶者は支給対象外である。また、父親である被用者に対しても配偶者の妊娠出産に伴う休暇を取る場合に父親手当が支給される。一方、ドイツでは、妊婦自身が被用者である場合のみでなく、被用者の配偶者が出産する場合にも家族被保険者として、一定額が支給される。）

表 2-1

	代替所得保障	保健医療サービス		備考
妊娠・出産に対する公的保障制度による給付	就業制限とこれを補う現金給付	現物給付	費用負担としての現金給付	*本調査では子育て支援は対象外とする。 *（アメリカを除いて）所得制限等で対象者が制限されるものも対象外とした。
イギリス	○（国民保険）	○（保健医療サービス）	—	妊婦：処方箋代・歯科診療に対しても自己負担免除
フランス	○（出産保険）	○（出産保険*） （医療保険） （自己負担免除あり）	—	*出産保険：医療保険の中の出産に係る期間に特化した形で位置づけ。この期間中、妊娠出産に関係ない医療給付に対しても自己負担免除
ドイツ	○（医療保険） ：給付は疾病金庫を通じて行われるが、財源は受給者が被用者の場合は事業主、それ以外の場合は税	○（医療保険） （自己負担免除あり）	—	・母性手当受給期間中の公的医療保険料免除 ・妊娠出産のために必要な在宅介護や家事援助（医療給付の対象）も自己負担なし
イタリア	○（社会保険）	○（保健医療サービス） （自己負担免除あり）	—	
スウェーデン	○（社会保険）	○（保健医療サービス）	—	
フィンランド	○（国民健康保険）	○（保健医療サービス） （自己負担免除あり）	—	・マタニティグラント（もしくはベビーパッケージ）支給
アメリカ	—	△ メディケイド：公的扶助	—	
カナダ	○（社会保険）	○（Health care service）	—	
オーストラリア	○（社会福祉施策）	○（メディケア） （自己負担免除あり）	—	
韓国	○（雇用保険）	○（国民健康保険）	○（国民健康保険から発行される「国民健康カード」） ○（社会サービス：保健所事業としてハイリスク妊娠支援）	・自治体によって出産奨励金：社会サービス
日本	○出産手当金 （医療保険）	△ 正常妊娠・分娩に対しては妊娠中：なし 出産/分娩：なし 産後：なし 経過中に医学的介入必要な状態であれば、通常の医療保険適用	○（出産育児一時金：医療保険） （妊婦健診：公衆衛生）	・出産・子育て応援支援金（自治体/令和5年4月1日～支給は妊娠時・出産時の計2回） ・自治体によっては妊産婦医療費助成制度あり

各種資料を基に作成

それぞれの国の社会保障制度の中での妊娠・出産の現物給付と現金給付の枠組みや現物給付の範囲、自己負担の免除有無、運営主体などはそれぞれの国によって異なっている。

フランスでは、妊娠・出産に直接関わる給付は医療保険の中でも出産保険として区別して現物給付・現金給付が支給され、出産保険の適用外の期間や範囲についての妊婦への医療給付は通常医療保険の中で自己負担の免除などの給付が行われる²²。

ドイツでは医療保険の中で現物給付として妊産婦への健診や診療、分娩時の入院から家事援助までのサービス、現金給付として出産手当金が給付されている。ただし、その財源には保険料ではなく税として連邦補助金が充てられている²³。

スウェーデンでは、現物給付である保健医療サービスは、広域自治体（ランスティング：現レギオン）から提供され税を主財源としているが、両親手当や妊娠手当といった現金給付は、保険料を主財源として社会保険庁から提供されている²⁴。

現物給付としての妊娠・出産に対する医療給付は、（アメリカのメディケアを含む）すべての対象国において、産前の妊婦健診から産後の母子の健診まで妊娠・出産の全期間を通して、公的医療保障制度の給付対象である。

妊娠出産を現物給付としている 10 か国中 7 カ国（イギリスやフランス、ドイツ、イタリア、オーストラリア、フィンランド、韓国）では、妊娠・出産に関連する医療給付に対して自己負担が全額あるいは一部免除されている²⁵。

また、イギリスやフランス、ドイツのように妊娠・出産に直接関連しない医療給付に対しても医療費や処方箋の自己負担が免除される、あるいは妊娠から出産後の一定期間については医療保険料が免除されるといった負担軽減策がとられ、妊産婦に対しては全体として一般の医療給付より手厚い給付となっている国もある。

ただし、一般に妊婦や母子の安全と健康に必要と考えられる内容は給付の対象となっているが、それを超えるサービスやオプションとして選択するような内容については、給付対象外として自己負担のもとで選択可能となっている国

²² 原田啓一郎、フランスにおける医療・出産保険と家族政策（一）、（二）2009

²³ 妊娠および母性に関わるこれらの給付は、2003 年に「保険になじまない給付」として財源を保険料ではなく税とする連邦補助金から充てられることとなった。

医療経済研究機構、ドイツ医療保障制度に関する調査研究報告書（2020 年版）、ドイツ医療保障制度に関する研究会編

²⁴ 厚生労働省 2022 年海外情勢報告、第 2 章第 3 節 スウェーデン王国（2）社会保障施策

²⁵ Health care coverage in OECD countries in 2012, OECD Health working papers, No88

がほとんどである。例えば、妊婦希望による回数を超えての超音波検査、出産時のパートナー同室のための部屋代などが一般的な給付外サービスに該当する。さらに、公的医療機関での保健医療サービスのみが公的医療保障制度の対象となっている国（イギリス、イタリア、スウェーデンなど）では、私立民間医療機関での医療サービスに対しては給付対象外として全額自己負担もしくは公的医療機関との差額が自己負担として発生する。

また、韓国では、産後ケアについて、出産後の早期に病院を退院した後は比較的長期間いわゆる産後調理院と呼ばれる専用施設で行われることが一般的であるが、これについては給付の対象外として自己負担で行われている。

表 2-2 に各国の妊娠出産に関する現物給付の主な内容を示す。（各国の具体的な内容については、巻末に資料添付）

表 2-2

	主な一般的な妊娠出産に関する現物給付の内容	妊婦費用負担の有無	備考
イギリス	・ GP/助産師による妊婦健診、産前クラス、相談・必要時専門医へのひきつぎ、予防接種、出生前診断（ハイリスク者に対するNIPT含む） ・ 公的病院での出産・分娩、病院外（パースセンターあるいは自宅）出産 ・ GP/助産師による産後・新生児ケア	NHSサービスの範囲内であれば自己負担なし、これを超えるサービス（妊婦希望に依る検査など）は自己負担。 プライベート医療機関や専門医の自由診療、プライベート助産師に対しては自己負担	
フランス	・ 妊婦健診・父親検診・産前準備クラス受講費（医師が必要と認めた出生前検査やHIV検査など含む）：出産保険 ・ 妊娠～妊娠5か月の妊娠に関わらない部分もしくは追加エコー検査など：医療保険 ・ 妊娠中の妊娠に関する特定の状態及び出産予定日4か月前～産後12日の（ <u>妊娠関与を問わず</u> ）すべての医療費：出産保険 ・ 分娩費・出産に関する薬剤費・分娩に伴う滞在費用（在宅出産を含む）：出産保険 ・ 産後12日以降の入院；医療保険 ・ 産後健診：出産保険 ・ 移送費：出産保険または医療保険 そのほか、治療を理由とする中絶（出産保険）や治療を理由としない中絶（医療保険）、人工生殖補助医療費：医療保険（協定費用の範囲内において自己負担を医療保険が負担）、新生児集中治療室：30日まで 医療保険など	保険給付の範囲内であれば100%（自己負担なし）、これを超える差額あるいは範囲外に対しては自己負担 公的病院、病院公務に参加する私立病院：100% 私立病院：施設単価設定との差額は自己負担	* 妊婦健診・産後の乳幼児健診については、母子保護として地域保健の一環として自治体実施。出産保険はその費用の支払いを行っている。
ドイツ	妊娠および母性のための給付：妊娠・出産に関わる医師のケア及び助産サービス、医薬品・各種療法・補装具の支給（自己負担なし）・分娩時の入院（分娩後6日まで。自己負担なし）・避妊に関わる給付、人工授精に関わる給付、在宅看護、家事援助（要件を満たす対象者のみ） 疾病予防・早期発見のための給付として乳幼児健診（6歳までの10回の健診と10歳終了後の健診）・予防接種・妊産婦に対する指導相談や検診、不妊への対応など	法定給付の範囲内であれば自己負担なし 給付外のサービスについては自己負担	* 妊娠および母性に対する給付は、医療給付対象ではあるが、財源に税（連邦補助金）が充てられている。
イタリア	産前：妊婦健診、両親学級など 出産・分娩：公的医療機関（契約している民間医療機関含む）での分娩・出産 産後：公的医療機関あるいは連携医療機関の外来部門による産後ケア提供	公的医療機関あるいは契約医療機関での保険範囲内サービスについては原則自己負担なし 保険外のサービスあるいは適用外の施設でのサービスは自己負担	
スウェーデン	・ 妊産婦保健センターが主体で提供する妊婦健診（条件満たせば出生前診断、NIPT検査含む）、出産準備支援 ・ 妊娠18週までの中絶 ・ 病院での出産・分娩 ・ 産後ケア	公的機関でのサービス範囲内であれば自己負担なし、それを超えるサービス（部屋代）差額あり、食事代；自己負担 民営医療機関希望の場合は、自己負担	
フィンランド	・ 地域ネウボラ主体で提供される妊婦健診（医療通訳などのサービス、出生前診断（血液検査と超音波検査）、医学的ハイリスク者に対してはNIPT含む）、両親学級などの産前クラス ・ 公立病院での分娩・出産 ・ 地域ネウボラ主体で提供される産後ケア・新生児ケア	公的機関によるサービス範囲内であれば検査や診療に対する費用：自己負担なし、出産時の入院施設代（1日あたり）自己負担あり オプションでパートナー同室など選択した場合にはその分の自己負担	自治体による差あり 原則同じ担当者（助産師）
アメリカ	具体的な保険適用対象や内容は州によって異なる ・ 妊婦健診（回数や内容は州によって異なるが、全米産科婦人科医団体、助産師団体の推奨スケジュールあり。多くの場合産科医主導）、栄養指導など ・ 公的病院での出産（少なくとも正常分娩で48時間、帝王切開96時間の入院は保険適用） ・ 産後の母子ケア、予防接種など	原則費用は医療機関に直接支払われるが、場合によっては一部自己負担あり	州による差あり
カナダ	・ 医学的に必要とされる部分（カナダ保健法で規定されるコア部分）については原則保険適用でカバーされる。その他の適用については、州によって異なる。 ・ 医師（特に家庭医）が産前ケアを担当することも多いが、助産師が担当することもある。 ・ 先天性異常の検査も多くの州で保険適用となっているが、方法や対象、範囲など州によって異なる。 ・ 通常多くの州で不妊の検査は保険でカバーされる。ただし、その方法や治療まで含むかどうかなど州によって異なる。	・ 州の保険適用となるサービス範囲内であれば原則自己負担なし ・ 適用外の検査やサービス（両親学級が対象外の場合、個室代など）自己負担	州による適用の差あり
オーストラリア	・ 公的システムにおいての助産師・産科医から受ける妊婦ケア（定められた超音波検査、カウンセリング、血液検査、いくつかの予防接種） ・ 両親学級（自治体や主催施設によって適用外のこともある） ・ 出産・分娩：公立病院、パースセンター、私立病院での助産師、産科医からのケア	・ GPや公立病院、公的助産師、産科医のもと、公的病院あるいはパースセンターでの妊婦健診や外来診療、出産は無料。私立病院もしくは公立病院でも医師選択を行う場合等は医療費の自己負担あり。 公立・私立病院でのプライベート患者としての入院滞在費は自己負担あり ・ 産前・産後のプライベート産科医、助産師、医師からのケアは差額分の自己負担あり ・ 自宅での陣痛、もしくは分娩時のプライベート助産師に係る費用は全額自己負担 ・ 妊婦希望による検査や医師や助産師の指名など、多くのオプション選択可能だが、その分、何らかの自己負担が生じることが多い。	* 民間保険への加入を政府支援
韓国	・ 妊婦健診（保健所や診療所で提供される。先天性異常スクリーニングを含む）、両親学級、妊婦栄養相談など ・ 各種病院や助産所での出産	サービス提供者（保健所、診療所、病院など）により自己負担率異なる。 国民健康カードから支払い可。	* 産後ケアは主として自費の産後調理院で受けることが一般的
日本	医学的に介入が必要とされる異常経過の場合のみ	定率の自己負担あり （通常の医療給付と同様）	

各資料を基に作成

2.3 対象諸外国と日本の妊娠出産に関する保障制度のまとめ

1) 対象国 10 か国の妊娠出産に関する保障制度

- ・10 か国すべてで公的医療保障制度において妊娠出産に関する保健医療サービスを原則現物給付として行っている。妊娠の経過や出産の方法によって保険給付の方法や適用を区別していない。

- ・また、これらの国では、産前の妊婦健診から産後の母子健診まで、一連の全期間を通して現物給付の適用としている。

- ・対象 10 か国の中で、フランスは妊娠～出産までの時期によって、適用する保険を出産保険と医療保険に区別しているが、出産保険は医療保険の中でも出産時期や妊娠出産に関連する医療に特化した保障となっている。

- ・妊娠出産に対する現物給付は、その国の医療保障制度の中で行われるため、基本的には他の保健医療サービスと同様の枠組みで実施されているが、妊娠出産に関する現物給付や妊婦に対する現物給付は、自己負担が免除になったり、その期間は保険料免除といった特例により手厚い給付となっている国が多い。

- ・一般に妊婦や母子の安全と健康に必要と考えられる内容は給付の対象となっているが、それを超えるサービスやオプションとして選択するような内容については、給付対象外として自己負担のもとで選択可能としている国がほとんどである。

- ・対象 10 か国の中で、公的保障制度において妊娠出産に伴う就労制限に関する所得補償としての現金給付を行っているのはアメリカ以外の 9 か国で、医療保障制度を税方式で運用しているイギリスやスウェーデンなどでは、医療保障制度とは別の社会保障制度で現金給付を行っている。

- ・対象 10 か国の中で、韓国とフィンランドでは所得補償以外に妊娠出産に対する費用負担として、原則すべての妊産婦を対象とした現金給付が行われている²⁶。

2) 日本での妊娠出産に関する保障制度

- ・妊娠出産に関する医療給付は、妊娠の経過で区別しており、妊娠中の異常もしくは異常分娩の場合のみが現物給付の対象となる。

- ・正常妊娠出産の保健医療サービスについては、費用負担として現金給付（出産育児一時金）と妊婦健診の公費助成が行われている。また、出産育児一時金は

²⁶ 本稿では妊娠あるいは出産時の（原則）全妊婦を対象とする一時的な現金給付のみを対象とした。

正常妊娠出産のみでなく、現物給付対象である異常妊娠分娩に対しても給付される。

- ・正常妊娠分娩に対しては、医療機関においては自由診療として医療サービスが提供されている。

- ・妊婦健診については母子保健施策として市町村において費用助成を実施、分娩については医療保険制度となっており、妊娠出産の期間によって基づく制度が異なる。

- ・代替所得補償としての現金給付を行っており、医療保険制度の中で行われている。

- ・妊産婦に対する療養の給付上の特例は、現時点では全国で一律のものはない。（自治体によっては、診療科や疾患を問わずに医療費助成を行っているところもある²⁷。）

²⁷ 全国保険医団体連合会が2023年6月5日時点での各自治体妊産婦医療費助成制度の実施状況について一覧にまとめたものがウェブ上で紹介されている。

https://hodanren.doc-net.or.jp/wp-content/uploads/2019/09/230615_prgn.pdf

3. おわりに

今回対象とした 10 か国では、妊娠・出産に関する保健医療サービスは妊娠の経過と期間を問わずに公的医療保障制度で現物給付の対象としているが、日本では経過中の異常有無で現物給付の適用か否かを分けてきた。

ところが近年、少子化を背景に、妊娠・出産に関する保険適用についての議論が続いている。2022 年度の不妊治療の保険適用化に続いて、政府は 2026 年度を目途に正常分娩の現物給付化の検討を行っている。

日本は出生数の減少が進む中でも、地域有床診療所を中心²⁸とする周産期医療提供体制を維持し、質の高い周産期医療を提供し続けてきた。この 20 年間でも日本の妊産婦の直接的産科死亡率²⁹は半減し、妊産婦死亡率、周産期死亡率ともに世界で最も低い国の一つである。一方で諸外国と比べても妊婦の高年齢化や低出生体重児の割合が高いことなどが課題として指摘されており、これらのハイリスク妊婦や高度な医療管理が必要とされるケースは今後も増加が予想される。

正常分娩の現物給付化に際して、拙速な現物給付化によって現場の周産期医療の混乱を招くようなことになれば、結果的には妊産婦や家族の心身負担増、安全性低下へと繋がることにもなりかねない。これまでの日本の安全な質の高い周産期医療を維持し続けられるような環境を整え、現状の医療提供体制や正常分娩費用の地域差など、課題とされる点について十分な検討を行ったうえで、これらの課題に対して、現物給付化がどのような解決策を提示できるのかを具体的に考えていくべきであろう。

その点、現在まさに「出産費用の見える化」事業は始まったばかりであり、また、医師の働き方改革や偏在問題も取り組み始めたばかりである。これらの結果をもとに現場の医療従事者やこれからの妊娠出産を考える当事者たちの意見が反映されるような形での検討が必要と考える。

例えば、今後も産科医師の不足が続くような地域では、これまで中心的役割を担ってきた地域有床診療所での正常分娩の取り扱いも困難となるかもしれない。

²⁸ 日本産婦人科医会施設情報調査 2022 によると、2022 年の分娩取扱数の内訳では、診療所が 48%と最多、一般病院が 25%、地域周産期総合医療センターが 17%、総合周産期医療センターが 10%となっている。

²⁹ 厚生労働省人口動態統計上の定義では、直接産科的死亡とは、妊娠時（妊娠、分娩及び産じょく）における産科的合併症が原因で死亡したものをいう。間接産科的死亡とは、妊娠前から存在した又は妊娠中に発症した疾患による死亡であって直接産科的原因によるものではないが、妊娠の生理的作用によって悪化したものとしている。

そのような地域で総合周産期センターや高度医療機関に正常分娩も集中してしまうような状態になれば、本来周産期センターが担うハイリスク妊婦や新生児のケアが十分に行えなくなる可能性もある。こうした場合、将来的には、諸外国のように正常妊娠出産に対しては助産師が主体的に関わる、あるいは産科以外の一般医が妊婦健診を担う可能性を指摘する意見もある。また、日本では医療機関での出産がほぼ 100%とはいえ、助産院など医療機関以外での出産を選択する妊婦もいる。

「正常分娩の現物給付化」の検討では地域の医療提供体制や各医療機関での診療体制、妊婦個人の選択をどのように評価するのかといった点も含めて、将来の日本の周産期医療の状況を見据えた議論が必要と考える。

さらに、妊娠出産は原則として本人家族の主体的選択のもとにはじまり、産前から産後の母子の健康と安全まで一連の経過として継続していくものである。

出産の保険給付が現物給付ではなく、現金給付であり続けた理由としては時代的な背景や経緯なども挙げられているが³⁰、これまで長らくこの制度で続けてきたことには医療提供者側だけでなく妊婦自身や家族のニーズも少なからず関与しているものと思われる。

妊娠出産は一般の疾病医療とは異なる側面も併せ持つが、そのような保健医療サービスをどのように医療保障制度の中に適用していくのかということについては、妊娠出産を社会保障制度の中でどのように位置づけるのかをまず明確にしたうえで、どこまでを医療保険適用とするのか、どのような形で保険給付するのかを検討していく必要がある。

従来、疾病とは異なるとして区別してきた正常分娩の現物給付化を検討する際には、医療保険において疾病と同枠で現物給付化するのか、あるいはフランスの出産保険のように、医療保険の中に別の枠組みを作って現物給付化するのか、さらには分娩という時点のみでなく、今回の対象国の多くのように、妊娠期からの一連の経過を同一制度の枠組みで保障するという考えも選択肢として考えられる。

現在「子ども未来戦略会議」の議論等において、さまざまな子ども・子育て支援策が検討されており、その中で妊娠から出産、産後、子育て期まで含めた社会保障の在り方が議論されている最中である。

「正常分娩の現物給付化」についても、これらの議論の中で、妊娠出産に対する国の社会保障の枠組みを検討したうえで、医療保険での疾患に対する医療給

³⁰ 小西かおり、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、大原社会保障研究所雑誌 No. 698/2016. 12

付や保健医療・公衆衛生における母子保健や予防事業等との整合性を保ちながら、現場に負担をかけない制度設定が望まれる。

この点では、今回の対象国の中で、日本と同様に社会保険方式の公的医療保障制度を持ち、医療保険の枠の中で出産に特化した形で手厚い出産保険を設けているフランスや医療保険の枠組みを用いながら妊娠・母性保護のための財源には税による連邦政府補助金を導入しているドイツなどは今後の検討の際に大いに参考になると考える。

「正常分娩の現物給付化」の目的の一つが妊婦負担の軽減とされているが、妊娠出産に関する医療費のみならず、妊婦に対しては妊娠出産以外の医療給付に対しても自己負担免除といった形で負担軽減を行っている国もある。一方、日本では2018年に「妊婦加算」が導入され、逆に妊婦の受診時の自己負担が増加するという事態を招き、結果的に廃止となった経緯がある。妊産婦に対しては丁寧な問診や診療上の注意が必要となり、医療従事者側への負担が増す、という背景から導入されたものであったが、今回の妊産婦の負担軽減を目指す方向とは逆になってしまった。妊婦の費用負担を軽減しつつ、医療従事者への負荷も評価するためには、妊婦加算の設定と妊婦に対する受診時の自己負担免除をセットで行うという方法もあったのではないだろうか。

「正常分娩の現物給付化」の議論は医療保険、療養の給付の根本にもかかわるものであり、多方向へと発展の可能性を含む。一方向に拙速に傾くことなく、将来像や関係各所への影響を十分に検討したうえでの議論が必要と考える所以である。

4. 資料

4.1 出産に係る費用の国際比較

出産費用に焦点をあてた国際比較の先行研究は見当たらない。各国によって医療供体制が異なるうえ、医療費の国際比較にはデータソースや整合性の点からも様々な制限があるため、比較が困難であるためと考えられる。

しかしながら、周産期医療システムの国際比較の中で、分娩費用について言及したものはあり、その一部を紹介する。

高所得国 14 か国での出産に関する医療システムを比較した Dorothy Shaw らの研究³¹によると、アメリカではほかの高所得国と比較して出産費用が高いが、オーストラリアや他の高所得国でも高コスト傾向にあり、特に医療介入が増えると出産費用が高額になることを指摘している。日本の出産費用については、正常分娩も帝王切開も同額（2015 年時点で 3,931US\$）を用いているが、正常分娩においては 14 か国中高い方から 3 番目であるが、帝王切開については低い方から 3 番目となっている。

また、竹沢³²は OECD Health database で公開された総保険医療支出（SHA）から ICD 傷病名分類「XV. 妊娠、分娩及び産じょく」に該当するものを抽出し、日本の正常分娩については出産育児一時金と正常分娩比率（人口動態統計・患者調査から推計）を用いて追加したうえで、各国と正常分娩の平均費用について比較を行っている。その結果、日本の出生児 1 人あたりの妊娠分娩及び産じょくに係る費用について、入院費用は約 4,218US ドルで、スイスやオランダより低く、ドイツやスウェーデンより高かったと報告している。

³¹ Dorothy Shaw, et al, Drivers of maternity care in high-income countries: can health systems support woman-centered care?, Lancet 2016;388:2282-95

³² 竹沢純子、国際比較から見た日本の出産サービスの特徴と課題—予備的検討—、厚生労働行政推進調査事業費補助金「日中韓における少子化対策の実態と対応に関する研究」令和 2 年度総括研究報告書

4.2 各国の医療保障制度と妊娠出産に関する医療サービスについて

4.2.1 イギリス

(1) 医療保障制度の概要

イギリスでは疾病予防やリハビリテーションを含めた包括的な保険医療サービス (National Health Service) が全国民に対して提供されている。国民はかかりつけ医 (GP) を登録し、病院は原則として外来患者の診療は行わず、GP からの紹介が必要である。原則としてすべての医療サービスは無料だが、外来処方や歯科治療等では自己負担がある³³。

表 4-1 医療保険制度の概要

医療保険制度	税を主財源とし、国民保健サービス方式
運営主体	保健・社会ケア省：管轄 NHS イングランド、Clinical Commissioning Group (CCG) 等の運営管理
民間保険加入の有無	国民の約 10.5%が民間任意保険に加入 (2015) *メンタルヘルス、産科サービス、救急医療、general practice は契約外であることも多い ³⁴
公的保険カバー範囲	・プライマリケア (GP による住民の健康維持、予防接種、検査、病院への紹介や慢性疾患患者の継続管理など) ・薬剤 (一定額の自己負担あり) ・歯科サービス (自己負担あり) (サービス内容によって保険適用外もあり) ・医学的に必要な場合の検眼やメガネ ・専門医・病院サービス (GP からの紹介必要) ・メンタルヘルスケア ・マタニティケア ・理学療法を含むリハビリテーション ・地域密着型看護師による家庭訪問 ・車椅子や補聴器などの補助器具

³³ 図表でみる医療保障 (令和 4 年度版)、健康保険連合組合

³⁴ [England | International Health Care System Profiles | Commonwealth Fund](#)

自己負担	外来・入院の病院サービスは原則無料 公的保険に対する以下の一部負担金 ・ 薬剤：処方 1 件あたり 9.35 £（前払い処方証書：3 か月 30.25 £、1 年 108.10 £） ・ 歯科治療：3 段階の定額制 ＊高齢者や児童、出産前後の女性、低所得世帯への自己負担免除あり 公的保険でカバーされない自由診療 ・ 歯科診療の一部 ・ 差額ベッド代 ・ 肥満手術や適用外の不妊治療 など
医療費割合（GDP）	11.3%
医師数（人口 1000 人当たり）	3.2（2021 年）

出典）欧米諸国の医療保障（第 7 版）³⁵、図表で見る医療保障（令和 4 年度版）、International common wealth fund を基に作成、医療費割合（対 GDP）と医師数：OECD health Statistics 2023³⁶

（２）妊娠出産に関する保険医療サービスについて

イギリスの妊娠出産に関する一般的な特徴としては、産前から一貫して妊婦自身の意思が尊重されるということ、病院や専門職は分娩時の医療介入や合併症等のハイリスク対応に特化しており、低リスク妊婦へのサービスは助産師主体で提供される、という点が挙げられる³⁷。

産前から産後まで NHS により提供されるすべてのサービスについては公的保険の対象であり、処方代や歯科治療代も妊娠特例によって自己負担なく無料で受けることができる³⁸。一方、プライベート病院を選択した場合には、公的医療保険の適用外のため自費となる。民間保険では妊娠は病気ではないためカバー範囲対象外とすることも多いが、会社や契約内容による³⁹。表 4-2 に妊娠判明時から出産・分娩、産後までの一般的に提供されるサービス内容と保険適用について示す。

表 4-2 妊娠中・出産・産後の保健医療サービスについて

産前ケア（NHS 提供）	妊娠判明したらまず GP 受診し、出産予定日の確認や
--------------	----------------------------

³⁵ 欧米諸国の医療保障、週刊社会保障編集部編、法研、平成 12 年

³⁶ <https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

³⁷ 上野文枝、イギリスの NHS におけるバースセンターの役割、皇學館大学紀要、第 53 巻 p68-50、2015-03

³⁸ NHS ウェブサイト <https://www.nhs.uk/pregnancy/>

³⁹ <https://www.mytribeinsurance.co.uk/knowledge/does-health-insurance-cover-pregnancy>

	連携する助産師の予約を行う。 主な産前ケアには ・健診（10 回（経産婦の場合 7 回）） ・助産師との面会や指導（栄養指導や産前クラス、出産場所や方法について、DV やメンタルヘルス含めたケアなど） ・必要時産科医や専門医への相談 ・百日咳予防接種 などが含まれる。 妊娠の経過や居住地によって、ほぼすべてを助産師が行うこともあれば数回を GP が担当することもある。助産師が行う場合でも毎回同じ担当者とは限らない。 助産師との面会は自宅や病院、GP クリニックやチャイルドセンターで行われる。 【健診項目】：血圧・尿検査、体重測定（BMI）, 2 回の超音波検査（11～14 週、18～21 週）、感染症検査（HIV、B 型肝炎、梅毒）、血液検査、ダウン症候群などの先天性疾患スクリーニング検査は健診項目に含まれる。 * 高リスクと判断された場合は出生前診断の 2nd スクリーニング検や確定診断が提案される。
出産・分娩	・産前の助産師との面会で出産場所の相談も行われ、妊婦が自ら選択することができる。 ・NHS 病院での出産は無料 ・硬膜外麻酔など無痛分娩も保険適用 ・病院外（自宅や助産ユニット、バースセンター）での出産も認められている。合併症等のない正常妊娠であれば、これらの場所での出産も安全とされるが、初産の場合、自宅出産での新生児リスク（死亡あるいは重篤な後遺症）は病院出産に比べてやや高いとされる⁴⁰。（9/1000 件：5/1000 件） 自宅では麻酔併用はできないが、病院併設の助産ユニットやバースセンターでは麻酔併用も可能なこともある。 ・バースセンターでは産後 6 時間～1 泊で退院する人

⁴⁰ <https://www.nhs.uk/pregnancy/labour-and-birth/preparing-for-the-birth/where-to-give-birth-the-options/>

	も多い ・自宅出産の割合は 2.3%程度、バースセンターも 2%程度⁴¹で NHS 病院での出産が多い。
産後（母体）ケアと新生児ケア	・産後健診：助産師もしくは GP（一般的には産後 10 日目で問題なければ終了） ・助産師による指導：母乳指導や産後の骨盤体操指導、産後うつのチェックなど ・必要時 GP や専門医による診療 ・新生児ケア：ビタミン K 投与、新生児スクリーニングテスト ・子供ケアに関しては、0 歳～5 歳までを対象とするヘルスビジターに引き継がれる
出産に関連する現金給付 ⁴²	・出産手当金（国民保険）もしくは法定出産手当金（雇用主）（39 週間）（配偶者が出産に備えて休業する場合には配偶者に対しても 14 週まで給付あり）
公的保険適用外のサービスについて	NHS では原則個室選択や回数を超えての超音波検査、医学的に必要と判断されない遺伝子検査などは適用外となる。これらについては自己負担となる。 プライベート病院ではホテル並みの設備や出産後のアフタヌーンティーサービスなどを提供しているところもある。 民間保険では妊娠出産は病気ではないとしてカバー範囲外としていることも多いが、保険会社や契約の内容にも依る。 助産師についてもプライベート助産師の場合、産前から産後まで一貫して同一の助産師がきめ細やかに担当できるが、NHS の保険適用外のため、自費となる⁴³。また、NHS で出産してもプライベート助産師に産後のケアを有料で依頼することも可能。

各種資料³⁷⁻⁴³を基に作成

⁴¹ Drivers of maternity care in high-income countries: can health systems support woman-centred care? Lancet 2016; 388: 2282-95

⁴² 田畑雄紀、イギリスの社会保障制度における現金給付、健保連海外医療保障 No126（2020）

⁴³ 岡喜美子、イギリスの医療はいま 第 8 回 女性による女性のための出産、医学界新聞

4.2.2 フランス

(1) 医療保障制度

フランスの医療保険制度は、職域ごとに並立する複数の制度（法定制度）とそれらの強制制度の対象とならないフランス人や外国人を対象とする普遍的医療保護制度によって、国民の 99. 9%が公的医療保険でカバーされている⁴⁴。

さらに、公的医療保険を利用した際の患者の自己負担部分をカバーする役目を担う補足的医療保険が広く普及している⁴⁵。補足的医療保険は共済組合や民間営利保険会社によって運営され、任意が原則ではあるが、労働契約締結時の強制加入される場合もあり、強制加入化が促進されている⁴⁶。

表 4-3 医療保険制度の概要

医療保険制度	社会保険方式 ・ 国民の 99%を公的医療保険制度でカバー ・ 法定制度に加え補足的制度（共済組合や相互扶助組合等：任意であるが、強制加入化促進）
運営主体	各職域保険の金庫 （一般制度が最多：国民の 88%が加入）
民間保険加入の有無	95%加入 ⁴⁷ ＊民間営利保険会社のみでなく共済組合等も運営
保険カバー範囲	給付方法： 外来：償還払い方式 入院：第 3 者支払い方式 給付内容： ・ 一般医療及び専門医療の費用 ・ 歯科治療および補綴の費用 ・ 薬剤及び装具の費用 ・ 臨床医学検査の費用 ・ 医療施設・リハビリテーション施設の入院費用・処置費用 ・ 外科手術費用（避妊薬や避妊用具含む） ・ 移送費

⁴⁴ 厚生労働省 2022 年海外情勢報告、第 2 章 1 節フランス共和国、社会保障施策

⁴⁵ 医療経済研究機構、フランス医療保障制度に関する調査研究報告書 2020 年度版

⁴⁶ 大久保豪、日本、ドイツ、フランス、イギリスにおける患者自己負担制度の違いについて、医療と社会、vol. 31, No1, 2021

⁴⁷ <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/france>

	・障がい者施設における宿泊・処遇に関する費用等 ・医学的理由による人工妊娠中絶に関する費用 ・感染症予防のための処置費用 ・口腔歯科予防に関する費用等
自己負担	一般的には外来の場合（かかりつけ医）：診察費の 30% まで及び定額（1€/回）の自己負担（かかりつけ医外の場合）70% 入院の場合：入院費の 20%（30 日目まで）及び定額（20 €/日）の自己負担の設定。 ・薬剤：薬剤によって 100%、85%、70%、35%、0% * 自己負担分については補足制度でカバーされることも多い * 疾病の種類によって自己負担免除対象あり¹⁵。 * 出産時の入院費用は自己負担免除
医療費割合（GDP）（%）	12.1%
医師数（人口 1000 人あたり）	3.2（2021 年）

出典）図表で見る医療保障（令和 4 年度版）他各種資料を基に作成、

医療費割合（対 GDP）と医師数：OECD health Statistics 2023

（2）妊娠出産に関する保険医療サービスについて

基本的にはすべてのマタニティケアは公的医療保険の対象となっており、妊娠出産から産後までの期間を通じて現物給付を受けることができる。妊娠からはじめの 5 か月間の妊娠に関連する医療サービス、出産予定日 4 か月前から産後 12 日までの期間については妊娠に関係しているかどうかに関わらず全ての医療費や薬剤費、検査、入院費がすべて出産保険の適用となり、自己負担は発生しない^{48, 49}。また、出産保険の期間外の医療については医療保険で給付され、自己負担が免除される。妊婦が 1 回目の健診を受診すると医師または助産師によって妊娠届が作成されるが、この際の健診費用も出産保険の適用となる。また産後健診も出産保険で行われる。

出産は病院での自然分娩が多い。出産については公的医療機関で公的医療保険の範囲内であればほぼ無料であるが、個室代や非契約病院での出産は自己負担も発生し、これらは他疾患の医療と同様である。

⁴⁸ 原田啓一郎、フランスにおける医療・出産保険と家族政策（一）、（二）、2009

⁴⁹ フランス政府行政情報サイト <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/>

表 4-4 妊娠中・出産・産後の保健医療サービスについて

産前	健診は医師または助産師によって実施 ・初回の妊娠診断後、7回の健診⁵⁰ 健診内容：超音波検査（5 か月・8 か月）・血液検査（感染症（B 型肝炎、風疹、トキソプラズマ症、梅毒、HIV）・ ・出生前診断（スクリーニング：クアトロテスト）は全妊婦に対して無料 *高リスクと判断された場合はさらなる出生前診断が保険適応となる
出産・分娩	・公立病院での出産は入院後 12 日まで費用が保険でカバー（平均入院日数は 3 日間） *非契約診療所等で保険を使わずに出産すると高額になる
産後ケア及び新生児ケア	産後母親： ・産後 8 週以内に産後健診（医師または助産師）（第 1 子出産あるいはうつ病等のハイリスク女性に対しては 2 回目あり） ・母親に対する理学療法なども保険対象 新生児：新生児スクリーニング
出産に関する現金給付	出産手当・父親手当・養子手当（出産保険） 出産特別手当金（家族給付）（所得制限・健診受診済みの要件あり）
公的保険適用外のサービスについて	公的保険適用範囲外あるいは 100%償還されない部分に関しては自己負担となる。 （例） ・医学的に必要でない回数を超えての超音波検査（償還率 70%）など ・個室代やテレビ ・私立病院での健診や出産 など

各種資料⁴⁷⁻⁵⁰を基に作成

⁵⁰ 三浦淑子、フランスにおける医療保険負担、日本医師会総合政策研究機構、2005. Dec. 6
<https://www.jmari.med.or.jp/download/ab094.pdf>

4.2.3 ドイツ

(1) 医療保障制度

ドイツの医療保険制度は国民皆保険制度ではないが、基本的に公的医療保険制度への加入が義務付けられており、公的医療保険への加入義務の免除者（所得が一定以上）は民間医療保険を選択することができる。

表 4-5 医療保険制度の概要

医療保険制度	社会保険方式
運営主体	疾病基金
民間保険加入の有無	国民の約 11%
公的保険カバー範囲	・ 法律で大枠の定義あり、詳細は連邦合同委員会が決定 歯科健診を含む健診、予防サービス、入院・外来診療、臨床 医サービス、メンタルヘルスケア、歯科治療、検眼、理学療 法、処方薬（対象の制限あり）、医療補助具、更生、ホスピ スと緩和ケア、マタニティケア、病気休暇の補償
自己負担	・ プライマリケア、専門医への相談は負担なし ・ 入院費用（10€/日 年に 28 日まで） ・ 対象処方薬の 10%か 5 €以上 10€まで ・ 補助具（5 €～10€まで） ・ 法的健康保険対象外の個々の医療サービス
医療費割合（GDP）	12.7%
医師数（人口 1000 人当たり）	4.5(2021 年)

出典）図表で見る医療保障（令和 4 年度版）他各種資料⁵¹を基に作成、

医療費割合（対 GDP）と医師数：OECD health Statistics 2023

(2) 妊娠出産に関する保険医療サービス

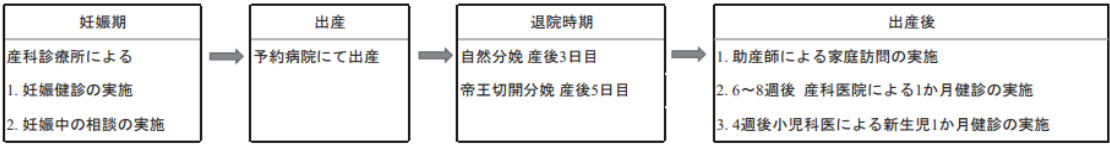
一般的には、妊娠が判明すると産科診療所あるいは助産所で健診を受けながら、分娩場所（病院）を妊婦自ら選択しあらかじめ予約する。出産の約 98%が病院で行われ⁵²、出産後数日以内に退院すると産後ケアは助産師と診療所が提

⁵¹ 医療経済研究機構、ドイツ医療保障制度に関する調査研究報告書、2020 年度版

⁵² N. Reibling and M. Mischke. (2015), "Germany", 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 10

供する。

図 12 ドイツにおける妊娠・分娩の経過の概要



出典：「ドイツの地方都市における周産期の現状」図 3 より⁵³

妊娠期間中を通して、Mutterpass（母親手帳）に問診、妊娠経過、検査結果、超音波検査などすべてが記録され、何か異常が疑われた場合には専門医のクリニック受診、あるいは専門病院への紹介となる。

基本的に妊娠・出産は公的医療保険の対象となっており、また、分娩時の入院費用自己負担は、個室や家族部屋などを希望しない限り妊婦特例で免除され無料となっている。医療機関で提供されるサービスには法定健康保険でカバーされる部分と法定健康保険ではカバーされない個別医療サービス（IGeL）に該当する部分が混在している^{54, 55}。個別医療サービスに対する任意保険の適用範囲は、加入する任意保険によって異なる。

表 4-6 妊娠中・出産・産後の保健医療サービスについて

産前	・ 健診；10 回（当初月に 1 回、32 週以降：2 週間に 1 回） - 実施者：助産師または医師（血液検査・超音波は医師に限る） - 内容：血圧・体重・尿検査・血液検査・3 回の超音波検査（医学的に必要な場合は追加検査も保険でカバーされる） ・ 助産師による出産準備クラス
出産・分娩入院	・ 一般的な相部屋入院・日数；自然分娩 3 日 帝王切開：5 日（入院中の自己負担免除：一般的には出産後

⁵³ 三瓶まり他、ドイツの地方都市における周産期医療の現状、島根県立大学出雲キャンパス紀要 第 15 巻、91-97、2019

⁵⁴ ドイツ連邦政府ファミリーポータルサイト <https://familienportal.de/familienportal>

⁵⁵ <https://www.familienplanung.de/>

	6 日間まで) ・分娩方法（無痛分娩、水中出産、帝王切開など）を問わず、保険適用 ・自宅出産も保険適用（助産師・医師（必要時）費用） ・個室や家族部屋代自費もしくは民間保険）
産後	1 週と 6 週に検診あり 産後 12 週までの産後ケア（助産師による） ＊一定の条件に該当し、医師の診断書がある母親に対しては家事支援等の保険適用もあり
出産に関連する現金給付 ⁵⁶	出産手当金（医療保険）（財源は雇用主もしくは税） 出産前 6 週出産後 8 週、被用者に対しては保護期間前の平均手取り賃金額、その他の被保険者は傷病手当金と同額、家族被保険者は最大 210€
公的保険外サービスについて	法定保険適用外のサービスであっても任意保険で個別医療サービス（IGeL）がカバーされることも多い。 産前 ・トキソプラズマ症スクリーニングや出生前診断（妊娠初期スクリーニング（妊娠 12 週）のトリプルテスト（＊医学的に必要と判断された場合には保険でカバー） ・4 回目以上の超音波検査（妊婦希望など） ・パートナーの出産準備クラスなど ・医師と助産師の重複健診 出産時 ・個室や家族部屋代自費（民間保険） 産後 ・産後の針治療や家事援助など

各種資料⁵²⁻⁵⁶を基に作成

⁵⁶ 藤本健太郎、ドイツの公的医療保障制度における現金給付の位置づけについて、健保連海外医療保障 No. 126（2020）

4.2.4 イタリア

(1) 医療保障制度の概要

1978年に国民健康保健サービス法に基づき、国民保健サービス機構（SSN）が設立された。イタリアの医療保障制度の基本枠組みは、税を主財源とし全国民を対象とする国民皆保険制度で、これを補完補足する形で民間任意保険が存在する。一般に公的病院は混雑しており、緊急性のない救急受診は待ち時間が長く、手続きが煩雑とされる。自費診療を行う私立病院は予約制で環境もよいが、対応に限られる。また、外来中心の完全予約制プライベートクリニックも多数あるが、検査や処置は、別の日や別の施設で受けなければならないこともある⁵⁷。

表 4-7 医療保険制度の概要

医療保険制度	税を主財源とする国民保健サービス（SSN）による国民皆保険
運営主体	国の監督のもと地域
民間保険加入の有無	・代替保険は認められていない。 ・補完的・補足的民間保険はあり、国民の約10%が何らかの任意保険に加入⁵⁸
公的保険対象サービス	法定保険対象：プライマリケア・入院治療、健康診断、産科医療、外来専門医療、在宅医療、ホスピスケア、予防医学、医薬品 *処方薬に関しては、臨床的意義と費用対効果によって3分類（分類によって保険適用異なる） *歯科治療は16歳までの子供、社会的に必要とされる人を除いて対象外 *地域保健ユニットは法定保険対象サービスに追加してサービス提供することや自己負担免除対象追加することもあり。 *家庭医（Medico di base）登録制（医師の選択は可能） *専門医（紹介による）（医療機関の選択は可能、医師選択は不可）

⁵⁷ 世界の医療事情イタリア（外務省 HP）<https://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/medi/europe/italia.html>

⁵⁸ Italy | International Health Care System Profiles | Commonwealth Fund

自己負担	・プライマリケア、入院治療は無料 ・ほとんどの予防検診は無料 ・在宅医療は上限額までの自己負担あり ・外来処方薬：自己負担あり ・医学的に不要な緊急サービス：自己負担あり *低所得者世帯の子供や 65 歳以上、障害者や HIV 含む希少疾患患者、妊娠中の女性など自己負担の免除対象あり
医療費割合（対 GDP 比）	9.0%
総医師数	4.1（2021 年）

出典）各種資料^{57, 58, 59}を基に作成、医療費割合（対 GDP）と医師数：OECD health Statistics 2023

（２）妊娠出産に関する保険医療サービスについて

基本的には妊娠出産に係る費用は、全ての妊婦女性に対して公的保険の対象であり、公的医療機関もしくは連携病院での法定保障の範囲内のサービスであれば入院費用を含めてすべてカバーされる。一方、公的医療機関では待ち時間の長さや希望の検査が受けられない等から民間医療機関の利用も多い。法定保障の範囲外の検査やサービス、完全民間病院でのサービスについては公的保険の対象外であり、自費となる。

表 4-8 妊娠中・出産・産後の保健医療サービスについて

産前	・健診；少なくとも 4 回以上の診察⁶⁰ 内容：各種スクリーニング検査（感染症・出生前診断含む）・3 回の超音波検査（医学的に必要な場合は追加検査も保険でカバーされる/回数超える妊婦希望の超音波検査などは自費） ・妊娠講座・母乳講座・両親学級などの準備クラス
出産・分娩入院	・SSN 病院あるいは連携民間病院：無料（SSN 病院あるいは SSN にサービス提供する民間病院での出産割合：88.2%、SSN にサービス提供する民間病院：

⁵⁹ イタリア国民保健サービス <https://www.salute.gov.it/portale/lea/homeLea.jsp>

⁶⁰ M. Scavini and C. molinari (2015), "Italy", 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 9

	11.4% ⁵⁹ (2013 年)) (入院日数：経膈分娩 平均 3.5 日、帝王切開：4.5 日 (2011 年))
産後	SSN 病院あるいは連携民間病院の外来部門により産後ケアが提供される。(保険適用)
出産に関連する現金給付	出産手当金、配偶者出産休暇 ⁶¹ *以前は妊娠中・出産時の一時金給付 (Bonus mamma domani) もあったが現在は廃止され、児童手当に一括されている。
公的保険外サービスについて	イタリアでは公的病院での出産と私立クリニックでの健診の組み合わせも認められていたり、あるいは公的病院でも自費診療を行っていたりするため、公的保険外サービスとの併用はごく一般に行われている。 ・産前の妊婦希望による検査や回数を超えた超音波検査 ・完全プライベートクリニックでの出産は自費 (完全プライベートクリニックでの出産割合：0.4% ⁵⁹ 2013 年) ・個室や家族部屋代 (自費もしくは民間保険) 民間保険でこれらの自費診療が給付対象であるかどうかは各個別の保険契約内容による。

各種資料⁵⁸⁻⁶¹を基に作成

⁶¹ イタリア国立社会保障研究所ウェブサイト <https://www.inps.it/it/it/sostegni-sussidi-indennita.html>

4.2.5 スウェーデン

(1) 医療保障制度

スウェーデンの医療保障制度の基本的枠組みは、税を主財源とし全国民を対象とする皆保険制度である。運営は全国に 20 あるランスティング（現レギオンと呼ばれる）が行い、自己負担割合や給付対象も各ランスティングによって決定される⁶²。

表 4-9 医療保険制度の概要

医療保険制度	税方式
運営主体	国⇒地域レベル：ランスティング（現：レギオン）・社会レベル：コミュニン
民間保険加入の有無	約 13%が民間保険に加入（補完的） ⁶³
公的保険カバー範囲	サービスはレギオンによって若干異なる ・公衆衛生と予防サービス、マタニティ含むプライマリケア、入院・外来専門診療、救急医療、入院中及び外来処方薬、メンタルヘルスケア、リハビリテーション、補助具（車いすや補聴器など）、患者搬送支援サービス、在宅介護・介護（ホスピス含む） ・歯科治療と検眼（対象：子供・若者） ・歯科治療（対象：低所得者）
自己負担	*外来・入院診療：「保険医療法」上限範囲内で各レギオンが独自に自己負担割合設定するのが原則。 *20 歳未満は多くのレギオンで無料 ・産科医療や予防接種、がん検診などの予防は自己負担なし ・そのほかプライマリケア訪問や専門医相談、入院費用、処方箋薬（公的保険対象；123US\$までの自己負担あり、公的保険対象外：全額自己負担）、歯科治療（33－66US\$までの自己負担）

⁶² 厚生労働省「2021 年海外情勢報告」欧州地域にみる厚生労働施策の概要と最近の動向、第 2 章第 3 節 スウェーデン王国社会保障施策、<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/22/d1/t2-05.pdf>

⁶³ <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/sweden>

	・ ランスティングの承認を受けていない民間開業医に関する診療費用は全額自費 ・ 医師以外の保健医療サービス従事者による補助的医療（理学療法士や作業療法士、看護師など）：医師の指示による
医療費割合（GDP）（%）	10.7%
医師数（人口 1000 人あたり）	4.3（2020 年）

出典：各種資料^{62, 63}を基に作成、医療費割合（対 GDP）と医師数：OECD health Statistics 2023

（２）妊娠出産に関する保険医療サービスについて

基本的には妊娠は病気ではないとされ、母体新生児ともに健康であれば、サービスの提供は助産師が中心となる⁶⁴。原則産前から分娩、産後に至るまで無料で提供される。

表 4-10 妊娠中・出産・産後の保健医療サービスについて

産前	サービス提供主体：妊産婦保健センター ・ 妊娠の確定⇒定期的な助産師による健診と面談や出産準備支援に加え、出生前診断の情報提供が行われる。 初産の場合；10 回程度の訪問（経産婦；回数減る） 超音波検査は 18 週～20 週頃に 1 回 * 出生前診断：対象者や内容は自治体によって異なる。対象者の年齢が制限される場合もある。ストックホルムの場合、希望するすべての妊婦が非確定的出生前診断を受けることができる⁶⁵。さらにハイリスク者に対してはその後の確定検査が保険適用となる。 * 法律やガイドラインに基づき、すべての妊婦に対して出生前診断に関する一般的な情報の提供
----	---

⁶⁴ J. Thomas and I. Hildingsson (2015), "Sweden" 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 12

⁶⁵ <https://www.1177.se/Stockholm/barn--gravid/graviditet/>

	(情報を受け取るか否かは任意であること。情報提供前に考える時間を持つことができること)が行われる。 ＊希望者など民営医療機関で実費実施も可能 ＊中絶に関しては妊娠 18 週までは理由を問わず保険適用。その後は許可制
出産・分娩入院	妊娠 25 週頃に出産する病院を決定 (平均入院日数：自然経膣分娩 1.9 日、帝王切開：3.2 日)
産後	産後 2 週くらいで子ども保健センターへ引継ぎ
出産に関連する現金給付 ⁶⁶	妊娠休暇、両親休暇、一時的父親手当など (両親保険：社会保険)
公的保険適用外のサービスについて	・入院時の部屋代・食事代 ・民営医療機関での実費検査など

各種資料⁶⁴⁻⁶⁶を基に作成

⁶⁶ スウェーデンにおける仕事と育児の両立支援施策の現状 - 整備された労働環境と育児休業制度、2018 年、独立行政法人労働政策研究・研修機構 (JILPT)
https://www.jil.go.jp/foreign/labor_system/2018/12/sweden.html

4.2.6 フィンランド

(1) 医療保障制度

フィンランドの医療保険制度は、税を主財源とする税方式で全国民を対象とする。国の監督下に市町村が運用しており、法で定められたサービスは市町村や市町村連合の保健センターで供給を行い、また、地方自治体は民間部門からサービスを購入することもでき、かなり自律的にサービス供給を遂行することができる⁶⁷。

一次医療は主に公立の保健センターで行い、二次医療は市町村連合による病院区で行われる。原則として病院受診には一次医療での紹介状が必要である。患者自己負担額は上限が決められているが、他の北欧諸国に比べるとフィンランドの自己負担額は高めとされる。

表 4-11 医療保険制度の概要

医療保険制度	税方式
運営主体	社会保険庁（KELA）
民間保険加入の有無	補助的
保険カバー範囲	一次医療法では市町村に対して、以下のサービス提供を義務付けている。 ・市民の健康増進、病気の予防、 ・医療・リハビリテーション ・学校や職業上の保険 ・子宮頸がんや乳がんの検診 ・家族計画 ・メンタルケア ・救急車サービス
自己負担 ⁶⁸	公的医療サービスを受ける場合の自己負担率は市民でも外国人でも同一。 保健センター ・医師への相談（1回 23€まで。3回/年までの負担あり） ・基本的な歯科診療（衛生士・歯科医師・専門医

⁶⁷ https://www.mof.go.jp/pri/research/conference/zk079/zk079_10.pdf

⁶⁸ <https://www.eu-healthcare.fi/what-you-pay/costs-of-treatment-in-finland/treatment-costs-in-public-health-care/>

	によって負担額異なる) 病院 ・ 外来受診 (46€・回) ・ 入院 (54.6€/日) ・ 日帰り手術 (150.8€) ・ psychiatric hospital charge 25.1€/日) ・ 一連の医療 (放射線診療やリハビリなど) : 12.8 €/回 ・ 公衆衛生医療 (健康診断、母子保健クリニック受診、プライマリケアナースへの相談、公的医療機関からの紹介による臨床検査、18 歳未満の外来診療、口腔ケアなど) は自己負担なし ・ 民間医療サービスを利用した場合、医師や歯科医師診察料や医師の指示に基づく検査や治療代、処方薬代や移送費については一部公的保障 (KELA) による払い戻しを受けることができることも多い。
医療費割合 (対 GDP 比)	10.0%
医師数 (人口 1000 人あたり)	3.6 (2020 年)

出典：各種資料^{67, 68}を基に作成、医療費割合 (対 GDP) と医師数：OECD health Statistics 2023

(2) 妊娠出産に関する保険医療サービス

フィンランドでは母子保健サービスはプライマリケアに位置付けられている。フィンランドでの妊娠出産のサービス提供主体は地域の「ネウボラ⁶⁹」で、地域の保健師が各家庭ごとに担当し、妊娠初期から小学校入学までワンストップで対応する制度が法制化され、無料で提供されている。母子保健医療サービスを受診していることが出産手当金等の受給の要件の一つとなっている⁷⁰。出産は病院で行われることが多いが、帝王切開、硬膜外麻酔含めて公的保険適用となり、1 日当たりの入院費用のみ自己負担となる⁷¹。

⁶⁹ ネウボラとはフィンランド語の「アドバイス場所」に語源をもち、市町村自治体が設置する妊産婦と子供のための保健センターのこと

⁷⁰ フィンランド社会保険省 HP <https://stm.fi/en/maternity-and-child-health-clinics>

⁷¹ ヘルシンキ市 HP : <https://www.hel.fi/en/health-and-social-services>

表 4-12 妊娠中・出産・産後の保健医療サービスについて

産前	サービス提供主体：ネウボラ⁷² ・初回健診（妊娠確定）⇒通常妊娠の場合 8、9 回程度の健診実施（血液検査、血圧測定、腹囲測定、尿検査など）と超音波検査：2、3 回程度の頻度で実施、超音波検査は医師が実施、他は助産師のことも多い。 - 医療通訳なども無料で提供されるサービス対象となる。 ＊出生前診断については、希望者に対して血液検査と超音波実施、ハイリスク者に対しては NIPT 検査も保険適用で実施 ・両親学級等の産前クラス
出産・分娩入院	公的病院での出産がほとんど 平均入院日数：自然経膣分娩 1.9 日、帝王切開：3.2 日
産後	産後ケア： 出産後 1、2 週間以内に最低 1 回以上の自宅訪問（保健師）を受ける。 （ヘルシンキ市の場合は産後専門ユニットで行われる。保健師や助産師が担当するが、必要時には産院で産科医による診察を受けることもできる⁷⁰。） 新生児ケア：産後～小学校入学前までネウボラによる成長・発達支援・必要時専門家へ相談
出産に関する現金給付の有無	・特別出産給付・母親育児給付・父親育児給付 ・マタニティグラント（ベビーグッズ）⁷³
公的保険適用外のサービスについて	例）・公的病院での出産時のパートナーの宿泊代（54.6€/泊） ・私立クリニックでの専門医による診察や 4D 超音波検査、出産前カウンセリングなどを選択した場合には、公的保障（KELA）で一部が償還されることもあるが、適用有無は様々。償還されない部分は原則自己負担。

各種資料⁷⁰⁻⁷³をもとに作成

⁷² フィンランド大使館 HP <https://finlandabroad.fi/web/jpn/ja-finnish-childcare-system>

⁷³ Kela <https://www.kela.fi/maternity-grant>

4.2.7 アメリカ

(1) 医療保障制度の概要

アメリカでは全国民を対象とする皆保険制度は採用されておらず、主な公的保障制度としてはメディケアとメディケイドがある。そのほか、特定の子供が加入できる児童医療保険プログラム（CHIA: Children's Health Insurance Program）、退役軍人が加入できる保険制度（VHA: Veterans Health Administration）などがあるが、それらの制度の対象以外は民間医療保険に加入している。

表 4-13 医療保険制度の概要

医療保険制度	皆保険はない。国民の 8.5%程度が無保険 公的保障：メディケア（65 歳以上、障害者） メディケイド（低所得者）（公的扶助）
運営主体	公的保障制度については政府・州
民間保険加入の有無	あり（国民の 67%が加入：55%は雇用主加入、11%は個人）（2018 年 総医療費の約 1/3 が民間医療費への支出）
保険カバー範囲	加入保険によって異なる メディケイド：入院・外来診療、長期ケア、検査・診断、家族計画、看護師助産師、出産センター、医療予約への搬送など。 *歯科や理学療法、眼科などは州によるオプション。外来処方薬も州によるオプションだが、カバーする州多い。 民間保険（に対して医療制度改革法（ACA）で義務づけられているのは以下の項目）・外来診療、緊急サービス、入院、マタニティと新生児ケア、メンタルヘルス、処方薬、リハビリ、ラボ検査、歯科や眼科を含む小児科サービス
医療費割合（対 GDP 比）	16.6%
医師数（人口 1000 人あたり）	2.7（2021 年）

出典）欧米諸国の医療保障（第 7 版）、図表で見る医療保障（令和 4 年度版）、International common wealth fund を基に作成、医療費割合（対 GDP）と医師数：OECD health Statistics 2023

（２）妊娠出産に関する保険医療サービス

アメリカでは妊娠出産に限らず皆保険制度が存在しないため、他の一般的な疾患と同様に、加入する保険制度によって適用範囲は異なっている。また、メディケイドは民間保険に加入していない妊婦や若者も対象となる公的保険であるが、州によって具体的なサービス内容や適用条件も異なっている。メディケイド利用に関しては、2013 年の Kaiser Foundation の報告ではアメリカの全出産に占めるメディケアでのカバー割合は最大 48%で有色人種の割合が多かった⁷⁴。

アメリカでは産前から出産までを産婦人科医師が主にサービス提供しており、同一の医師が担当することも多い。また、サービス提供者の選択には保険会社の影響が大きい。

硬膜外麻酔併用率はアメリカ全体でみると 73%と高いが、州によっては 36.6～80.1%という地域幅がある⁷⁵。また、アメリカの産科/婦人科医の半数は都市部に集中しており、地方では不足しており、特に中西部の山間部で最も不足している⁷³など、州や地域による医療アクセス、アウトカムの差が大きいことが知られている。

アメリカは世界でもっとも帝王切開の多い国の一つであるが、その理由として訴訟リスクや産科管理上の利便性、病院プロトコールが挙げられている⁷³。

表 4-14 妊娠中・出産・産後ケアの保健医療サービス提供について

産前	妊婦メディケイドでは、妊婦健診・栄養指導など妊娠に関連するものは対象（NY 州）。 産前のケア提供者として家庭医は重要であるが、家庭医で妊娠ケアを行う割合は減少傾向にある (23.3%：2000⇒9.7%：2010) ⁷³
出産・分娩入院	公的病院での出産が主体（アメリカ全体では病院での出産が 98.8%（2010 年） ⁷⁴ ） 平均入院日数：自然経膣分娩 1.9 日、 帝王切開：3.2 日 一般には正常分娩の場合少なくとも 48 時間、帝王切

⁷⁴ C.H.Morton and M.M.Henley(2015) ” United States” , in De Vries,R.Wrede,S.Tejlingen,E.van and Benoit,C.(eds.),Materinity Servicres and Policy in an International Context-Risk, citizenship and welfare regimes, Chapter 4

⁷⁵ Butwick AJ, Bentley J, Wong CA, Snowden JM, Sun E, Guo N. United States state-level variation in the use of neuraxial analgesia during labor for pregnant women. JAMA Network Open 2018;1(8):e186567.

	開では 96 時間の入院滞在は保険適用とすることを義務づけているが、出産後の病院滞在日数は減少している ⁷⁴ 。
産後	早期退院（経膣分娩：48 時間以内 帝王切開：96 時間以内）した場合、少なくとも 1 回の在宅訪問を保険適用とする。 在宅ケア:母親への支援、授乳に関する支援、母体や新生児の臨床評価など ⁷⁶ 新生児のヘルスチェックや予防接種は保険適用となることが多い ⁷⁷ 。
出産に関する現金給付	国としての制度はない
公的保険外のサービスについて	—

各種資料⁷⁴⁻⁷⁸を基に作成

アメリカの出産費用は世界で最も高額だといわれているが、大手保険会社 Peterson-KFF による組合員の分析によると、妊娠出産を通して同年代の非妊娠出産女性に比べ、平均で \$ 18,865 の追加費用（経膣分娩：\$ 14,768、帝王切開：\$ 26,280）が発生し、このうち自己負担額は \$ 2,854（経膣分娩：\$ 2,655、帝王切開：\$ 3,214）、残り \$ 16,011 は保険会社の支払いと報告している（2018-2020 の平均）⁷⁸。

⁷⁶ <https://www.health.ny.gov/community/adults/women/#pregnancy>

⁷⁷ www.forbes.com/advisor/health-insurance/average-childbirth-cost/

⁷⁸ Peterson-KFF Health System Tracker, 2022. Costs are based on large group health insurance plans.

4.2.8 カナダ

(1) 医療保障制度の概要

カナダの医療保障制度の基本的枠組みは、税を財源として全国民を対象に、コアとなる部分（外来診療や入院医療費）については原則患者の自己負担が一切なく公的負担で行われる、メディケアと呼ばれる皆保険制度である。医療保険制度の管理運営は州が行っており、被保険者は医療サービスに対して個別の支払いをする必要はない。ただし、処方箋代や歯科、リハビリなど公的保険の対象外となるものについては原則自費となる。

表 4-15 医療保険制度の概要

医療保険制度	税を主財源とする国民皆保険制度
運営主体	国内の州と準州
民間保険加入の有無	あり（国民の約 2/3 が加入しており、医療費の約 3 割を私的財源が占める ⁷⁹⁾ ）
保険カバー範囲	・医学的に必要な医師の診察、診断、病院サービス（入院中の処方薬含む）、公衆衛生と予防サービス（予防接種含む）
自己負担	・公的保険の対象となる医師の診察、診断、病院サービスについては自費負担なし。 ・連保政府によって医学的に必要と義務付けられていない部分（外来処方薬・メンタルヘルスケア・ビジョンケア・デンタルケア・在宅ケア・<u>助産サービス</u>・<u>医療機器</u>・ホスピスケアなど）については州・準州によって扱いが異なる。 ・ほとんどの州で、高齢者や子供などに対する公的処方薬補償プログラムあり。 ・公的医療保障制度における公的病院は州政府による運営されているが、開業医については個別に州と契約し、出来高払い制等で州政府から直接の支払いを受ける。公的医療制度下でない完全私的病院については、各州で規定や定義が異なる。

⁷⁹⁾ 厚生労働省「2021 年海外情勢報告」欧州地域にみる厚生労働施策の概要と最近の動向 第 1 章第 1 節 カナダ、社会保障施策、<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/22/dl/t1-01.pdf>

医療費割合（対 GDP 比）	11.2%
医師数（人口 1000 人あたり）	2.8（2021 年）

出典：各種資料^{79,80}を基に作成、医療費割合（対 GDP）と医師数：OECD health Statistics 2023

（２）妊娠・出産に関する医療サービス

カナダでのマタニティケアは原則公的保険適用となっており、妊婦健診から出産、産後健診まで対象となっている。他の医療サービスと同様、州によって適用条件やサービス内容が異なる。

カナダでは family physician/general practitioner も産科医も分娩に関わることがあるが、徐々に family physician の分娩への関与割合は減っている⁸¹。

表 4-16 妊娠中・出産・産後の保健医療サービスについて

産前	一般的な健診スケジュールは（ケベック州の場合）、妊娠初期は 4～6 週に 1 回、30 週以降は 2～3 週に 1 回、36 週以降は 1 週間に 1 回程度行われる⁸²。6 割弱の妊婦が産科婦人科医のもとで健診を受け、約 34%が家庭医、6%が助産師からケアを受けている⁸³ （2006/2007 年） 【一般的な健診内容】：血圧・体重測定、尿検査、血液検査（貧血や糖尿病、感染症検査（B 型肝炎や HIV、梅毒）、染色体異常のスクリーニング、超音波検査、胎児心音 *医学的に必要なケアについては保険適用となるが、それを超えた分についての保険適用は州によって対応が異なる。 *先天異常に関するスクリーニングはすべての州で公的保険の対象としている。 ・産前クラススの提供も州によって異なる。
----	---

⁸⁰ <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/canada>

⁸¹ Canadian Institute for Health Information 発行電子パンフレット、Giving birth in Canada
<https://publications.gc.ca/collections/Collection/H118-38-2006E.pdf>

⁸² https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/mieux_vivre/pdf/tinytot2024_sl_pregnancy.pdf

⁸³ L. M. Roth and A. M. Lubold. (2015), "Canada", in De Vries, R. Wrede, S. Teijlingen, E. van and Benoit, C. (eds.), Materinity Services and Policy in an International Context-Risk, citizenship and welfare regimes, Chapter 7

出産・分娩入院	出産場所は病院がほとんど（98.6％）（2009年）（うち産科婦人科医のもとでの出産が69.9％、family physician が14.6％⁸³） 硬膜外麻酔や帝王切開率が高く、また、多くの分娩で胎児モニターが使用されている⁸³。 平均入院日数：自然経膣分娩2日以内、帝王切開：4日以内 入院中の食事も提供 ・出産費用について、産婦人科医による提供の場合とfamily physician 提供の場合では、産婦人科医の場合の方が高額になる⁸⁴。州によっても異なる。
産後	病院やヘルスセンター、公衆衛生看護師や家庭医が産後の母体と新生児のケアを提供する
出産に関する現金給付	出産手当
公的保険適用外サービスについて	民間保険の適用であれば民間保険でのカバー、それ以外は自費となる。

各種資料⁸¹⁻⁸⁴を基に作成

⁸⁴ Canadian Institute for Health Information, (CIHI ウェブサイトより) Giving Birth in Canada, The Cost (2006) <https://publications.gc.ca/collections/Collection/H118-38-2006E.pdf>

4.2.9 オーストラリア

(1) 医療保障制度

オーストラリアの医療保障制度の基本的枠組みは、税を主財源として全国民を対象とする国民皆保障制度で、メディケアと呼ばれる公的医療保障では国費による医療費の一定割合給付と公立病院に係る費用の全額公費負担を 2 本の柱としている⁸⁵。州政府が医療提供体制の整備や運営を行う。診療報酬表に上乗せした価格設定やサービス選択も認められ、「混合診療」が行われ、民間保険が相応のプレゼンスを有する⁸⁶。民間保険加入に対して税制上の優遇措置が取られるなど、政府によって民間保険加入が積極的に後押しされている。

表 4-17 医療保険制度の概要

医療保険制度	税方式による国民皆保険制度 ＋診療報酬に上乗せする形での価格設定・サービス提供あり
運営主体	連邦政府、州政府
民間保険加入の有無	あり（民間病院受診の 46%、歯科・眼科・物理療法やカイロプラクティック・在宅看護に 55%） ⁸⁷
保険カバー範囲	GP（general practitioner）での外来診療 公立病院の入院（診療、処置、病室、食事等） （メンタルヘルスやマタニティケアを含む） ＊償還割合は公的患者もしくはプライベート患者等の状況で異なる。 ＊薬剤はメディケアとは別の薬剤給付制度
自己負担	GP：外来入院無料 公立病院（医師指名なし）：外来入院無料 公立病院（医師指名あり）：外来 15%・入院 25% 私立病院・専門医：外来 15%・入院 25% ベッドや看護料などの病院費用：100% 処方代：薬剤によって異なる（OCT は全額自己負担、

⁸⁵ 2005-2006 海外情勢報告各国にみる社会保障施策の概要と最近の動向（オーストラリア）

⁸⁶ ニッセイ基礎研究所 オーストラリアの医療保障制度について https://www.nli-research.co.jp/files/topics/38393_ext_18_0.pdf?site=nli

⁸⁷ <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/australia>

	院内処方は無料のことあり、負担上限あり)
医療費割合（対 GDP 比）	9.6%
医師数（人口 1000 人あたり）	4.0（2021 年）

出典：各種資料⁸⁵⁻⁸⁷を基に作成、医療費割合（対 GDP）と医師数：OECD health Statistics 2023

（２）妊娠出産に関する保険医療サービス

妊娠出産は基本的に公的保険の対象ではあるが、受診する医療機関や医師、あるいは自治体によって自己負担が発生することも多い。また、公的保険適用のないサービスあるいは公的保険の自己負担分を民間保険利用で組み合わせることが一般に広く行われている。

表 4-18 妊娠中・出産・産後の保健医療サービスについて

産前	公的助産師・産科医の診療、ルーチンで行われる超音波検査、血液検査、いくつかの予防接種はメディケア適用 ・妊娠確認のための GP 診察・健診 健診内容：超音波検査 3 回・血液検査（肝炎や HIV、風疹などの感染症を含む）・糖尿病検査・染色体異常スクリーニング・百日咳予防接種 *保険適用であっても産科医や助産師を自分で選びたい場合には自己負担あり *妊婦教室：無料で提供する場合もあれば、有料のこともあり（自治体や実施主体によって異なる）
出産・分娩入院	公立病院、バースセンター、公的資金をうけた自宅出産プログラムの出産は無料。 プライベート産科医（私立病院・公立病院）の元での出産は無料もしくは一部自己負担あり。 *プライベート病院での出産：42.8% 公立病院での出産：29.4%⁸⁸ 硬膜外麻酔や帝王切開の費用はメディケア適用。 *公立病院でも医師の選択を行う場合やプライベート病院の選択は自己負担あり。

⁸⁸ M. McIntyre (2015), "Australia", 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 5

	* 公立病院で自宅出産プログラムの提供は少ない⁸⁹。 平均入院日数：自然経膣分娩 2 日以内、帝王切開：4 日以内 ・分娩室には 2 時間程度滞在、早ければ出産後 4 時間～6 時間での退院も可能
産後ケアと新生児ケア	公立病院、バースセンター、公的資金を受けた自宅出産での助産師あるいは産科医から受ける産後ケア、GP 診察はメディケア適用（無料もしくは一部自己負担） 産後ケア ・出産後の助産師の自宅訪問（一般的には退院後 1 週間以内に 1 回～3 回程度。条件を満たした助産師の 6 週目までの訪問） 新生児ケア ・入院中の助産師・小児科医による診察 ・ビタミン K 投与、聴覚などのスクリーニングチェック ・看護師によるヘルスチェック（生後 1-4 週時、6-8 週時、4 か月、6 か月、12 か月）
出産に関する現金給付	あり（出産手当金） ⁹⁰
公的保険適用外サービスについて	・私立病院あるいは公的病院でのプライベート患者（メディケアによるカバー率 75%）の入院費 ・プライベート産科医やプライベート助産師（私立病院、公的病院）による産前・産後ケア（メディケアでカバーされる額との差額） ・プライベート助産師による分娩出産介助や自宅出産 ・処方代を含めプライベート病院での自己負担代 ・（出産費用の一例⁹¹）無保険で妊娠出産（自然分娩）する場合、公立病院：\$ 10,000、私立病院:\$15,000 目安

各種資料⁸⁷⁻⁹²をもとに作成

⁸⁹ Cost of childbirth in Australia:Public vs Private costs, <https://www.finder.com.au/health-insurance/>

⁹⁰ <https://www.servicesaustralia.gov.au/parental-leave-pay-for-child-born-or-adopted-from-1-july-2023>

⁹¹ お元気ですか？オーストラリアの医療事情 パースエクスプレス Vol.182 2013 年 3 月号

⁹² Medicare during pregnancy | Pregnancy Birth and Baby (pregnancybirthbaby.org.au)

4.2.10 韓国

(1) 医療保障制度

韓国の医療保険制度の基本的枠組みは、全国民を対象とした国民皆保険制度であり、国民健康保険（職場加入者あるいは地位加入者を被保険者とする）と医療扶助（低所得者を対象）からなる。

表 4-19 医療保険制度の概要

医療保険制度	社会保険方式 国民皆保険（「国民健康保険」＋「医療扶助」（医療費補助に特化した公的扶助制度、低所得者対象）
運営主体	国民健康保険公団 ＊主たる財源は保険料（2012 年 82%）
民間保険加入の有無	88.1%（2015 年） ⁹³ 実損填補型保険の加入率が高い
保険カバー範囲 ⁹⁴	・ 外来・入院治療、 ・ 手術 ・ リハビリ ・ 看護 ・ 健康診断 ・ がん検診などの予防 ・ 移送 など
自己負担額	外来診療の 30－60% （医療機関の種類や所在地によって異なる（診療所：30%、上級病院：60%）・所得に応じた上限あり） 入院診療（すべての医療機関で 20%、入院中の食事代 50%） ＊妊婦、高齢者、子供、難病患者、重症患者等状況に応じた特例あり
医療費割合（GDP）（%）	9.7%

⁹³ 民間医療保険の利用率の高さを公的医療保険の給付水準の低さと適用範囲の狭さに起因すると指摘されている。小笠原信美、医療福祉政策研究（第 1 巻第 1 号）、「韓国における公的医療保険の課題と民間医療保険の拡大」

⁹⁴ 韓国国民健康保険（日本語版）HP <https://www.nhis.or.kr/japanese/wbheba02500m01.do>

医師数（人口 1000 人あたり）	2.6（2021 年）
-------------------	-------------

出典：各種資料⁹³⁻⁹⁵を基に作成、医療費割合（対 GDP）と医師数：OECD health Statistics 2023

（２）妊娠出産に関する保険医療サービス

基本的には、妊娠・出産は公的医療保険の対象となっており、療養の給付として現物支給されるのは他の疾患医療と同様である。また、妊娠・出産は補助支援の対象となっており、現金給付も行われている。少子化対策の一環として妊産婦の自己負担を少しでも減らすために支援額が増額されたほか（「国民幸福カード」2022 年 100 万ウォン支給）、2022 年には出産時に一時金として使用用途の制限のない 200 万ウォンを支給する制度も導入された⁹⁶。また、国とは別に各自治体による出産奨励金の支給があり⁹⁷、少子化対策として次々に増額やサービスの充実が検討されている。

表 4-20 妊娠中・出産・産後の保健医療サービスについて

産前	産前健診は病院あるいは保健所で受けることができ、保健所では病院より低額で受けることができる。 【健診】平均健診回数：7.8 回（2006 年） ・一般的な健診内容：血液検査（感染症、妊娠糖尿病、貧血など）、子宮頸がん検査、血圧、体重測定、尿検査、胎児心臓超音波検査、NST 検査⁹⁸ 先天性異常の検査（超音波、クアトロテスト）は希望者のみ対象だが、広く行われている。 ＊必要時：絨毛検査や羊水検査 【産前クラスなど】保健所で各種プログラムを提供している。プログラム内容は自治体によって異なる。
----	--

⁹⁵ <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/21/d1/t2-02.pdf>

⁹⁶ イーサンヨン、世界最下位を記録した韓国の出生率その現状と政府の対応、独立行政法人労働政策研究・研修機構、2022 年 7 月

⁹⁷ 朴光駿、韓国における低出産対策とその課題、佛教大学社会福祉学部論集第 6 号、2010 年 3 月

⁹⁸ 妊娠と子育ての総合ポータルチャイルドラブ
(childcare.go.kr) <https://www.childcare.go.kr/?menuno=1>

出産・分娩入院	産婦人科医の下での分娩がほとんど。 すべての分娩方法が保険適用で、無痛分娩率や帝王切開率が高い。 平均入院日数：自然分娩で2泊3日、帝王切開で5泊6日くらい ＊施設によって出産費用の差があり、大学病院、総合病院での出産は高くなる傾向にある。
産後	原則自己負担 （産科医の行う産後健診、新生児の小児科受診など医療受診時は医療保険適用） 古くから産後の母体をケアする文化あり、以前は家庭内で行われることも多かったが、核家族化の影響などから「産後調理院」と呼ばれる産後の母親と新生児のケアを行う専門の施設が普及している。施設やサービス内容によって費用は様々であるが、褥婦の親が負担することが多い⁹⁹。
出産に関する現金給付 （医療保険） （社会サービス）	・ 出産費（自宅出産など医療機関以外の場所での出産した場合の療養費） ・ 妊娠出産の診察費支援制度（妊娠1回あたり100万ウォン、分娩脆弱地に居住の場合は追加支援あり、青少年産婦120万ウォン以内、多胎児対象追加支援あり） ・ 自治体からの出産祝い金：第1子、2子、3子によって金額異なる。自治体によっても異なる ・ また自治体によって支援の内容も異なる。 （例：ソウルでは妊婦に対して交通費支援（70万ウォン）の支援や産後ケア費用（100万ウォン）の支援などもある¹⁰⁰）

⁹⁹ 桜井礼子・高野政子・林猪都子他、「韓国における産後ケアセンター事業の実態と日本における可能性」草間朋子編『子育て支援のための産後ケア調査研究事業研究成果報告書』

¹⁰⁰ ソウル市パパママ支援プロジェクト <https://umppa.seoul.go.kr/hmpg/main.do>

公的保険適用外のサービスについて (例)	・ 出産時の個室代や医学的必要性のない医療サービス（栄養剤や針治療、産後のマッサージなど） ・ 回数を超えての超音波検査 ・ 産後ケア（主に上記「産後調理院」で実施）や母乳マッサージや韓医院通院費（薬鍼治療）など
---------------------------------	--

妊娠と子育てのポータルサイト (<https://www.childcare.go.kr/>) 他、各種資料を基に作成