

別添 3

令和7年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）
総括研究報告書

分娩取扱施設における出産に係る費用構造の把握のための調査研究

研究代表者 野口晴子 早稲田大学 政治経済学術院

研究要旨

本研究は、分娩取扱施設における出産費用の見える化および将来的な制度設計の検討に資する基礎資料の整備を目的として、出産に係る費用構造およびその形成要因を多面的に把握することを目的に実施したものである。令和6年度には、全国の分娩取扱施設を対象に、施設構造および医療提供体制を把握する悉皆調査（A票）と、患者単位の診療内容、人的資源投入、ならびに収益・費用・財務構造を把握するサンプル調査（B票）を実施した。さらに令和7年度には、フォローアップ調査によりデータの精査および補完を行うとともに、妊婦健康診査（以下、妊婦健診）費用に関する追加調査を実施した。加えて、分娩過程における人的資源投入の実態把握に向け、修正デルファイ法を用いた観察項目の検討を行い、分娩期における医療行為、観察、ケアおよび業務を対象とする102項目の必須観察項目を整備した。これに基づき、他計式タイムスタディ調査を実施した。

分析の結果、分娩取扱施設は病院、診療所、助産所の3類型において明確な機能分化が存在し、それぞれが異なる医療提供体制および対象症例を有していることが確認された。病院では高リスク分娩に対応する高度医療機能を担い、診療所では標準的分娩管理とサービス提供を組み合わせた体制、助産所では低リスク分娩を対象とした助産師主導の継続的ケアが提供されていた。

出産費用の構造については、医療行為に係る費用に加え、室料差額や付帯サービスといった非医療的要素が重要な役割を果たしており、施設類型ごとに異なる費用構造が形成されていることが明らかとなった。また、診療所では無痛分娩に係る価格設定が相対的に高い傾向がみられた。収益・費用および財務構造の分析からは、病院では固定費負担の大きさに起因する赤字傾向、診療所では収支均衡、助産所では低コスト構造に基づく黒字傾向が確認され、費用構造と経営構造が密接に関連していることが示された。加えて、病院では高度医療を支える設備投資および借入に依存した資本集約型構造、助産所では低資本・低負債の軽量な財務構造が確認され、施設類型ごとに異なる資本構造が存在していた。

一方、タイムスタディ調査の結果から、分娩は助産師等を中心とした長時間かつ継続的なケアを基盤としつつ、産婦人科医師や新生児科医師等が必要に応じて専門的介入を行う多職種協働構造によって成立していることが明らかとなった。特に、助産師の関与は時間的にも業務範囲においても最も大きく、分娩前後を通じたケアの中核を担っていることが確認された。

加えて、妊婦健診費用に関する分析から、医療機関間および地域間で自己負担額にばらつきが存在し、公費負担水準および医療機関の価格設定がその差異に影響しているこ

とが示唆された。特に、関東甲信越地域では自己負担額が相対的に高い傾向が確認された。一方で、「望ましい基準」に含まれる費用とそれ以外の費用の区分が必ずしも明確ではなく、費用の比較可能性に課題があることも明らかとなった。このことは、出産に係る経済的負担を分娩時の費用に限定せず、妊娠期から産後に至る一連の費用として捉える必要性を示すものである。

以上の結果から、出産費用は医療内容、対象症例のリスク水準、人的資源投入、資本構造およびサービス要素等が複合的に作用して形成されており、単一の指標による比較では十分に評価できないことが明らかとなった。なお、本研究では、フォローアップ調査を通じて収益・費用・資産・負債等に関するデータの精査および補完を行うことで、費用構造分析に用いるデータ基盤の信頼性向上を図った。さらに、加えて、修正デルファイ法を用いて分娩過程における観察項目を標準化し、人的資源投入を体系的に把握するための分析枠組みを構築した。

以上により、本研究は、出産費用の構造的理解を深化させるとともに、人的資源投入を含めた包括的な費用評価の必要性を提示し、出産費用の見える化や費用の比較可能性の向上に資する基礎的エビデンスを提供するものである。

研究分担者

片岡 弥恵子

聖路加国際大学 大学院看護学研究科
教授

増澤 祐子

新潟県立看護大学 看護学部
准教授

川村 顕

早稲田大学 人間科学学術院
教授

関沢 明彦

昭和医科大学 医学部産婦人科学講座
教授

の形成要因を多面的に把握するものである（厚生労働省，2025）。

日本において、正常分娩は原則として保険適用外であり、出産費用は医療機関と妊産婦との間で個別に設定されている。そのため、出産費用の水準および内訳は、地域や施設類型（病院、診療所、助産所）、さらには施設の機能や提供サービス等によって大きく異なることが知られている（田倉，2021）。しかしながら、これらの費用構造について、医療行為、人的資源投入、施設構造、付帯サービスおよび経営実態を統合的に把握した全国規模の実証研究はこれまで十分に行われていない。

特に、出産費用は医療行為そのものに係る費用に加え、入院環境（室料差額）、付帯サービス（食事、記念品、ケア等）、人的資源投入（助産師・看護師によるケア）、さらには施設の資本構造や経営状況等、複数の要因が相互に関連して形成されと考えられる。また、分娩取扱施設は、高度医療を担う病院、標

A. 研究目的

本研究は、「こども未来戦略方針」（令和5年6月閣議決定）において示された、出産費用の見える化および将来的な正常分娩の保険適用の検討に資する基礎資料の整備を目的として、分娩取扱施設における出産に係る費用構造およびそ

準的分娩管理を行う診療所、低リスク分娩を対象とした助産所といった異なる役割を有しており、これらの機能分化が費用構造に与える影響を明らかにすることが重要である。

加えて、分娩に係る人的資源投入については、従来の調査では十分に把握されておらず、とりわけ助産師を中心とした継続的ケアの実態や、多職種協働による分娩管理の実態を定量的に把握する必要がある。令和6年度調査では、自計式によるタイムスタディ調査を実施したが、人的資源投入をより精緻に把握するため、令和7年度には他計式タイムスタディ調査を計画・実施した。さらに、タイムスタディ調査票の作成にあたっては、修正デルファイ法を用いて、分娩期に提供される医療ケアに必要な観察項目を体系的に整理し、必須観察項目の検討を行った。

さらに、出産に係る経済的負担は分娩時の費用にとどまらず、妊婦健診を含む妊娠期から産後に至る一連の費用として捉える必要がある。特に妊婦健診については、公費負担の水準や医療機関ごとの価格設定の違いにより自己負担額にばらつきが存在しており、分娩費用と一体的に捉えるべき重要な構成要素である（厚生労働省、2015）。本研究では、妊婦健診費用についても追加調査を実施し、妊娠期における費用負担の実態およびそのばらつきの要因を明らかにすることを目的に含めている。

また、令和6年度調査で収集されたデータについては、経営実態や妊婦健診費用等に関する回答内容に不整合や疑義が認められたことから、令和7年度にはフ

ォローアップ調査を実施し、メールまたは電話による個別確認を通じてデータの精査および補完を行った。これにより、収益・費用・資産・負債等に関するデータの信頼性向上を図るとともに、費用構造分析に用いるデータ基盤の整備を行った。

以上の問題意識を踏まえ、本研究では、第1に、全国の分娩取扱施設を対象とした悉皆調査（A票）およびサンプル調査（B票）を実施し、施設構造、医療提供体制、分娩実態、患者単位の診療内容、人的資源投入、ならびに収益・費用・財務構造に関するデータを収集する。第2に、フォローアップ調査を通じてデータの精査および補完を行い、分析の信頼性を向上させる。第3に、妊婦健診費用に関する追加調査を実施し、妊娠期を含めた費用構造の実態を把握する。第4に、修正デルファイ法による観察項目の検討および他計式タイムスタディ調査を通じて、分娩過程における人的資源投入の実態を定量的に把握する。

本研究では、(1)全国の分娩取扱施設から収集したデータを統合的に分析することにより、分娩取扱施設における出産費用の構造およびその形成要因を明らかにするとともに、施設類型間の機能分化と費用構造との関係を実証的に検証すること、(2)妊婦健診を含む妊娠期から出産・産後に至る一連の費用構造を統合的に把握することにより、出産に係る経済的負担の全体像を明らかにすること、(3)人的資源投入を含む分娩ケアの実態を把握することで、出産費用の構造的な理解を深化させ、今後の制度設計および費用評価の

検討に資する基礎的エビデンスを提供することを目的とする。

B. 研究方法

本研究では、分娩取扱施設における出産に係る費用構造およびその形成要因を多面的に把握するため、悉皆調査（以下、A 票）およびサンプル調査（以下、B 票）を組み合わせた調査設計を採用し、さらにフォローアップ調査および妊婦健診に関する追加調査、ならびにタイムスタディ調査を実施した。分析は、（1）調査設計およびデータ収集、（2）フォローアップによるデータ精査、（3）妊婦健診費用調査、（4）タイムスタディ調査、（5）統計分析および補完的分析の 5 段階により構成される。

B-1. 調査設計およびデータ収集

本研究では、全国の分娩取扱施設を対象として、施設構造および医療提供体制を悉皆で把握する A 票と、患者単位の診療内容、人的資源投入、ならびに施設の収益・費用構造を標本抽出により把握する B 票を実施した。

A 票では、施設の基本情報、構造設備、医療提供体制、分娩実績、付帯サービスおよび価格、病院における病棟（ユニット）構成等に関する情報を収集した。これにより、分娩取扱施設の機能および提供体制の全体像を把握した。

B 票では、(i) 患者（産婦）票による分娩方法、医療行為、入院中のケア・サービス提供、費用負担等の情報、(ii) 分娩過程における医師・助産師・看護師の従事時間を把握するタイムスタディ、(iii) 施設レベルの収益・費用、給与、資

産・負債、設備投資等の経営情報を収集した。これにより、患者レベルと施設レベルの両面から費用構造の実態を把握した。

B 票の対象施設は、分娩施設の機能、分娩件数、経営主体等を考慮した層化抽出により選定し、統計ソフト Stata18.0 を用いた乱数発生により抽出率 1/2 での無作為抽出を行った。

B-2. フォローアップ調査によるデータ精査

令和 7 年度には、令和 6 年度調査で収集したデータの信頼性向上を目的としてフォローアップ調査を実施した。

A 票については、回答に疑義が認められた施設を対象に、電話による個別確認を行い、施設情報、医療提供体制および分娩実態に関するデータの精査および補完を行った。

B 票については、経営実態（収益・費用・資産・負債等）に係る項目に一部でも回答のあった 426 施設（病院 129、診療所 159、助産所 138）を対象として、メールまたは電話による個別確認を実施した。調査では、令和 6 年度の回答内容を反映した Excel シートを事前送付した上で、患者（産婦）票、タイムスタディおよび財務データに関する確認・補完を行い、データの整合性向上を図った。

また、令和 4 年度および令和 5 年度の双方について収益項目に回答のあった施設 305 施設、資産・負債項目について回答のあった 204 施設については、年度間比較および費用構造分析に用いるデータとして整理を行った。

これらのフォローアップ調査により、欠測値や不整合の修正、追加情報の取得を行い、分析に用いるデータの信頼性を確保した。

B-3. 妊婦健診費用に関する追加調査

妊婦健診費用については、令和6年度調査において回答内容に不整合や不確実性が認められた施設を対象に、電話による聞き取り調査を追加実施した。

調査対象は、妊婦健診回数、窓口負担額、「望ましい基準」に含まれない費用、公費負担額等に関して疑義が認められた384施設とし、最終的に495施設を分析対象とした。

調査では、妊婦健診回数、妊婦健診費用総額、窓口自己負担額、公費負担額、「望ましい基準」に含まれない費用、ならびに初回受診費用等について確認を行い、妊婦健診費用の実態および地域差、医療機関間の価格設定のばらつきを把握した。

B-4. タイムスタディ調査

本研究では、分娩過程における人的資源投入の実態を定量的に把握するため、修正デルファイ法による観察項目の検討および他計式タイムスタディ調査を実施した。

まず、タイムスタディ調査表の作成に先立ち、分娩に関わる医療ケアの内容を網羅的に把握するため、文献レビューおよび専門家の知見を基に観察項目案を作成し、産科医師、小児科医師（新生児科）、助産師等から構成されるパネルメンバーを対象に修正デルファイ法を実施した。個別評価およびフィードバックを

伴う複数回の評価を経て、分娩期における医療行為、観察、ケアおよび業務を対象とする合計102項目の必須観察項目を決定した。

さらに、分析段階では、フリーコメント項目等を整理し、115項目、20の中カテゴリ、9の大カテゴリに再構成した。

次に、この観察項目に基づき、タイムスタディ調査を実施した。研究協力施設は、総合・地域周産期母子医療センター、診療所および助産所を対象とし、便宜的抽出法により選定した。観察対象は、分娩目的で入院した産婦および分娩に直接関与する医療者（産婦人科医師、小児科医師、助産師、看護師、必要に応じて麻酔科医師）とした。観察期間は、分娩開始から分娩後2時間までとし、観察者が施設に赴き、医療者の行動について参加観察を行った。

データ収集にあたっては、ウェブアプリケーションを用いて、各医療者が実施した治療、検査、ケアについて、内容、場所および所要時間をリアルタイムで記録した。また、観察者に対して事前にトレーニングを実施し、測定方法の標準化を図った。

以上の手法により、本研究は、分娩過程における多職種の間関与内容および時間配分を標準化された枠組みのもとで把握するための調査設計を構築するとともに、人的資源投入の実態を定量的に分析するための基盤を整備した。

B-5. 分析方法

本研究では、収集したデータを用いて、主として記述統計および統計的検定

により分娩取扱施設の構造および費用構造の特徴を分析した。

まず、施設類型（病院、診療所、助産所）別に記述統計量を算出し、さらに病院については施設機能別、診療所および助産所については設置主体別に分類して分析を行った。施設間の差異については、連続変数についてはt検定または分散分析（ANOVA）、カテゴリー変数については χ^2 検定を用いて検証を行った。

また、患者（産婦）票およびタイムスタディのデータを用いて、分娩方法、入院経路、医療行為、ケア提供、人的資源投入等の実態を把握するとともに、費用構造との関係を整理した。さらに、収益・費用・財務データを用いて、施設類型ごとの損益構造および資本構造の特徴を分析した。

加えて、自由記述欄のデータについてはテキストマイニングの手法を用いて内容の類型化を行い、付帯サービスの内容や価格設定等、定量的集計では把握困難な要素について補足的な分析を実施した。

なお、以上の分析については、Stata 19.0 により行った。

（倫理面への配慮）

本研究では、『分娩取扱施設における出産に係る費用構造の把握のための調査』、および、フォローアップ調査を実施するに当たり、早稲田大学「人を対象とする研究に関する倫理審査委員会」にて、実施承諾を受けている（承認番号：2024-044；承認日：令和6年5月4日）。さらに、『分娩取扱施設における出産に係る費用構造の把握のための調査：妊婦健診費用の実態調査』を実施するに当た

っては、昭和医科大学における人を対象とする研究等に関する倫理委員会にて、実施承諾を受けている（承認番号：2025-0451；承認日：令和7年12月26日）。また、『分娩にかかわる医療者のタイムスタディ調査』を実施するに当たり、聖路加国際大学研究倫理委員会の承認を受け、研究機関の長より実施許可を受けている（承認番号：24-A082；承認日：令和7年2月13日）。

C. 研究結果

C-1. フォローアップ調査によるデータ精査の状況

本研究では、令和6年度に実施したA票およびB票で収集したデータの信頼性向上を目的として、令和7年度にフォローアップ調査を実施した。

A票については、回答内容に疑義が認められた分娩取扱施設427件（病院171、診療所75、助産所181）を対象に個別確認を行い、その結果、411件について必要な情報の補完および修正を行った。一方、確認が困難であった16件については分析対象から除外した。

B票については、経営実態に係る項目に一部でも回答のあった426施設を対象に精査を行い、そのうち収益項目については305施設、資産・負債項目については204施設が分析対象として確定した。また、事前確認において回答が得られなかった施設については分析対象から除外するなど、データの整合性確保のための整理を行った。

これらのフォローアップ調査により、欠測値や不整合の修正、追加情報の取得および年度間比較可能なデータの整理が

行われ、分析に用いるデータの信頼性および整合性が向上した。

C-2. 分娩取扱施設の基本構造と医療提供体制

分娩取扱施設の基本構造および医療提供体制について分析した結果、病院、診療所、助産所の3類型において明確な機能分化が確認された。

設備および人的資源の観点からみると、病院、とりわけ総合・地域周産期母子医療センターにおいて、分娩関連設備、医療機器および医師・助産師等の人的資源が集約されていた。一方、診療所ではこれらの資源は相対的に限定的であるが、標準的分娩管理に必要な体制が整備されていた。助産所では小規模な施設構造のもと、助産師を中心としたケア提供体制が構築されていた。

病棟構成については、病院では混合病棟が多数を占め、産科機能が他診療科と統合された形で提供されているのに対し、診療所では個室中心の病床構成が特徴的であった。

また、夜間・休日における医療提供体制については、病院では小児科医師および麻酔科医師を含む多職種配置がみられた一方、診療所および助産所ではオンコール体制を中心とした運営が行われていた。

助産所については、小規模かつ少人数で運営される一方、複数助産師による対応体制および嘱託医療機関との連携体制が構築されていた。

以上より、分娩取扱施設の医療提供体制は、施設機能に応じた階層的構造を有していることが明らかとなった。

C-3. 分娩実態と患者構成

分娩実態について分析した結果、施設類型ごとに対象とする症例のリスク水準および分娩形態に明確な差異が確認された。

病院では帝王切開や高リスク分娩の割合が高く、総合・地域周産期母子医療センターにおいて特にその傾向が顕著であった。診療所では正常分娩が中心でありつつ、無痛分娩等の選択的医療も一定程度実施されていた。一方、助産所ではほぼすべてが低リスクの自然分娩であり、経産婦の割合が高いという特徴がみられた。

入院経路や分娩時間についても、施設類型および症例構成の違いを反映した差異が確認され、病院では計画的・管理的分娩、助産所では自然発来を基盤とした分娩が中心であった。

また、患者属性については、病院では高リスク症例の割合が相対的に高く、助産所では低リスクかつ経産婦中心の構成となっていた。

さらに、助産所では分娩進行異常や胎児機能不全等を契機とした搬送が一定程度確認され、低リスク分娩を前提としつつ、異常時には医療機関へ移行する連携体制が機能していることが示された。

C-4. 出産費用の構造

出産費用の構造について分析した結果、施設類型ごとに異なる費用構成が確認された。

病院では、分娩介助料、検査・処置、薬剤費、新生児管理等の医療行為に対応する費用の比重が高く、資本集約的な費用構造となっていた。診療所では分娩料

を中心とした価格設定が特徴であり、付帯サービスを含めた費用構造が形成されていた。一方、助産所では医療行為に係る費用は限定的であり、比較的簡素な費用構造となっていた。

また、室料差額や付帯サービス等の非医療的要素が費用水準に影響しており、費用構造において重要な役割を果たしていることが確認された。無痛分娩については、診療所において病院より高額な価格設定がみられた。

C-5. 収益・費用および財務構造

収益・費用および財務構造の分析の結果、施設類型ごとに大きく異なる経営構造が確認された。

病院では給与費および設備投資に伴う固定費の負担が大きく、損益率は赤字傾向を示していた。また、産婦人科部門については損益の二極化が確認された。診療所では収支は概ね均衡しているものの、近年は収益性の低下傾向がみられた。一方、助産所では人件費などが極端に抑制された結果、低コスト構造により黒字傾向が確認された。

資本構造については、病院では高度医療を支える資本集約型構造、診療所では中間的かつ多様な資本構造、助産所では低資本・低負債の軽量構造が確認された。また、給与構造については、診療所では高水準かつ分散の大きい構造、病院では比較的均質な構造、助産所では低水準の構造が確認された。

C-6. 妊婦健診費用の実態

妊婦健診費用に関する分析の結果、医療機関間および地域間で費用および自己

負担額にばらつきが存在することが確認された。

自己負担額は自治体の公費負担水準および医療機関の価格設定の影響を受けており、公費負担が低い地域ほど自己負担額が高い傾向が示唆された（こども家庭庁、2026）。特に、関東甲信越地域では自己負担額が相対的に高い傾向が確認された。

また、「望ましい基準」に含まれる費用とそれ以外の費用の区分が医療機関間で必ずしも明確でないケースも確認され、費用の比較可能性に課題があることが明らかとなった（厚生労働省、2015）。

以上より、妊婦健診費用は出産費用と密接に関連しており、妊娠期を含めた費用構造として統合的に把握する必要があることが示された。

C-7. タイムスタディ調査

本研究では、分娩過程における人的資源投入の実態を把握するため、まず修正デルファイ法による観察項目の検討を行い、その後、他計式タイムスタディ調査を実施した。

まず、修正デルファイ法により、分娩期における医療行為、観察、ケアおよび業務を対象とする必須観察項目を検討した結果、合計 102 項目の観察項目が決定された。さらに、分析段階では、フリーコメント項目等を整理し、115 項目、20 の中カテゴリ、9 の大カテゴリに再構成した。これにより、分娩過程における多職種活動を体系的かつ標準化して把握するための基盤が整備された。

次に、この観察項目に基づき、総合・地域周産期母子医療センター、診療所および助産所の計9施設を対象として、分娩32～33例について他計式タイムスタディ調査を実施した。その結果、分娩1事例において、助産師の関与が人数・時間ともに最も大きく、分娩前後を通じた継続的ケアの中核を担っていることが確認された。

職種別の関与時間をみると、助産師は1事例あたり平均40時間以上と最も長く、入院中のケア、分娩進行管理、直接的な分娩介助および分娩後ケアに広く関与していた。一方、産婦人科医師は平均2時間程度の関与であり、主として医療的判断および処置に集中していた。さらに、麻酔科医師および新生児科医師は必要な症例に限定して関与し、看護師の関与は相対的に限定的であった。

また、業務内容別にみると、助産師は「入院中の治療・検査・ケア」および「分娩に関する処置・ケア」において長時間の関与が確認され、分娩過程における継続的支援を担う役割が明確となった。一方、医師は分娩時の処置や異常対応など、専門的判断を要する場面に集中的に関与する傾向が確認された。

以上より、分娩は助産師による継続的かつ包括的なケアを基盤としつつ、医師が必要に応じて専門的介入を行う多職種協働構造によって成立していることが明らかとなった。また、本調査により、分娩過程における人的資源投入を標準化された枠組みのもとで定量的に把握することが可能となり、出産費用構造の理解を深化させるための重要な基礎データが得られた。

D. 考察

D-1. 出産費用構造に関する考察

本研究では、分娩取扱施設における出産費用の構造について、施設構造、医療提供体制、分娩実態、医療行為・ケア、費用および財務構造、さらに妊婦健診費用を含めた分析を統合的に行った。その結果、出産費用の構造は単一の要因によって決定されるものではなく、医療提供体制の機能分化を基盤として、多様な要素が複合的に作用して形成されていることが明らかとなった。

第1に、分娩取扱施設における医療提供体制は、病院、診療所、助産所の3類型において明確に機能分化していることが確認された。病院は高リスク妊娠・分娩に対応する高度医療機能を担い、多職種による集約的な医療提供体制を有している。一方、診療所は標準的分娩管理を中心とした医療提供を行い、助産所は低リスク分娩を対象とした助産師主導の継続的ケアを提供している。このような機能分化は、単なる役割分担にとどまらず、患者構成、医療行為の内容、人的資源投入の水準に反映されており、施設類型ごとに異なる提供モデルが形成されていることを示している。また、助産所では、分娩進行異常や胎児機能不全等を契機とした搬送が一定程度確認されており、低リスク分娩を前提としつつ、異常発生時には医療機関へ移行する連携体制のもとで機能していることが示された。これは、助産所が単独で完結するのではなく、地域の周産期医療体制の一部として位置づけられていることを示唆している。

第2に、出産費用の構造は、医療行為に係る費用のみならず、非医療的要素を含む複合的な構造として形成されていることが明らかとなった。病院では、検査・処置・薬剤・新生児管理等の医療行為に対応する費用の比重が高く、高度医療を前提とした費用構造となっているのに対し、診療所では分娩料を中心とした価格設定に加え、付帯サービスが費用構造に組み込まれている。一方、助産所では必然的に医療介入が限定的であることから費用構造は比較的簡素であり、ケアを中心とした構造が形成されている。

特に、室料差額や付帯サービスといった非医療的要素が費用水準に与える影響は大きく、これらは施設類型ごとに異なる形で価格構造に組み込まれている。診療所においては個室中心の病床構成および多様なサービス提供が費用に反映される一方、病院では室料差額の水準が費用差の一因となっている。このように、出産費用は医療の質や内容のみならず、サービスや環境の違いを含めた総合的な提供価値に基づいて形成されていると考えられる。

また、無痛分娩については、診療所において病院より高額な価格設定がみられた。これは、硬膜外麻酔管理の提供体制やサービス内容の違いが価格に反映されている可能性を示唆している。

第3に、費用構造は施設の収益・費用構造および財務構造と密接に関連していることが確認された。病院では、高度医療機能の維持に必要な人的資源および設備投資に伴う固定費負担が大きく、損益構造は赤字傾向を示している。一方、診療所では収支は概ね均衡しているもの

の、近年は収益性の低下傾向がみられる。助産所では低コスト構造を背景として黒字傾向が確認されているが、その背景には人件費水準および資本規模の違いが存在する可能性がある。

給与構造についても施設類型ごとに差異がみられ、診療所では高水準かつ分散の大きい給与構造、病院では比較的均質な構造、助産所では低水準の構造が確認された。さらに、病院では高度医療を支える設備投資および借入に依存した資本集約型構造がみられた一方、助産所では低資本・低負債の軽量の財務構造が確認された。これらの違いは、各施設類型における収益構造および提供する医療・ケアの内容と整合的であり、費用構造の背後にある重要な要因であると考えられる。

第4に、妊婦健診費用を含めた分析から、出産に係る経済的負担は妊娠期から産後に至る一連の費用として理解する必要があることが示された。妊婦健診費用については、公費負担の水準および医療機関ごとの価格設定の違いにより自己負担額にばらつきが存在しており、地域間および施設間で差異が確認された（こども家庭庁、2026）。特に、関東甲信越地域では自己負担額が相対的に高い傾向が確認された。また、「望ましい基準」に基づく費用区分が必ずしも明確でないことも確認されており、費用構造の把握および比較可能性の確保に課題があることが明らかとなった（厚生労働省、2015）。

以上を総合すると、出産費用の差異は単なる価格設定の違いではなく、施設類型ごとの機能分化、対象症例のリスク水

準、医療行為およびケアの内容、人的資源投入、さらには資本構造および非医療的サービス要素といった複数の要因が相互に関連して形成されていると理解する必要がある。

したがって、出産費用の見える化および制度設計の検討においては、単一の平均値による比較ではなく、これらの構造的差異を踏まえた評価枠組みを構築することが不可欠である。また、費用の比較可能性を高めるためには、医療行為と非医療的要素の区分の明確化や、妊娠期を含めた費用情報の整理が重要な課題となる。

さらに、本研究ではフォローアップ調査を通じて、収益・費用・資産・負債等に関するデータの不整合や欠測の補完を行ったことにより、費用構造分析の信頼性向上が図られた。この点は、今後の制度設計において、出産費用構造をより精緻に把握する上で重要な意義を有すると考えられる。

D-2. タイムスタディ調査に関する考察

本研究におけるタイムスタディ調査の結果は、分娩過程における人的資源投入の構造を明示的に示すものであり、出産費用構造の理解を深化させる上で重要な知見を提供するものである。

第1に、本研究は、分娩が助産師を中心とした継続的ケアによって支えられていることを明確に示している。助産師は、分娩前後を通じて最も長時間関与しており、入院中のケア、分娩進行管理、分娩介助および分娩後ケアに至るまで、多様な業務を担っている。この結果は、分娩が単なる医療行為ではなく、長時間

にわたる継続的なケアの積み重ねによって成立していることを示している。

第2に、医師の関与は、助産師とは対照的に、医療的判断および処置が必要な場面に集中していることが確認された。産婦人科医師、麻酔科医師および新生児科医師は、それぞれ専門的な役割に応じて限定的に関与しており、分娩過程は「継続的ケア」と「選択的・専門的介入」が組み合わせられた構造を有していると解釈される。

第3に、本研究は、分娩過程における人的資源投入が多職種協働によって構成される複雑なプロセスであることを示している。各職種は異なる役割と関与時間を有しており、これらが相互に補完しながら分娩ケアを提供している。このような多職種協働構造は、出産費用の形成においても重要な要素であると考えられる。

第4に、本研究の結果は、従来の出産費用の議論において十分に考慮されてこなかった「ケアの時間価値」の重要性を示唆している。助産師による長時間の関与は、費用として必ずしも明示的に計上されていない場合があるが、実際には出産サービスの質および安全性を支える基盤である。このことは、出産費用を医療行為のみで評価することの限界を示しており、人的資源投入を含めた包括的な評価の必要性を示唆している。

また、本研究では、修正デルファイ法を用いて分娩期に必要な観察項目を体系的に整理し、102項目の必須観察項目を決定した。さらに、分析段階では115項目、20の中カテゴリ、9の大カテゴリへ整理を行った。これにより、本研究で構

築された観察項目および測定手法は、分娩過程における人的資源投入を定量的に把握するための標準化された枠組みとして位置づけられる。この枠組みを用いることで、今後は施設間比較や費用構造との対応関係の分析が可能となり、出産費用の算定および制度設計においてより精緻な検討が可能になると考えられる。

以上を踏まえると、出産費用の見える化および制度設計の検討においては、医療行為のみならず、助産師を中心とした継続的ケアおよび多職種協働による人的資源投入を適切に評価する枠組みを構築することが不可欠である。本研究は、出産費用構造の背後にある人的資源投入の実態を明らかにすることで、より実態に即した費用評価および政策設計に資する基礎的知見を提供するものである。

E. 結論

本研究では、分娩取扱施設を対象として、出産に係る費用構造について、施設構造、医療提供体制、分娩実態、医療行為・ケア、収益・費用・財務構造、ならびに妊婦健診費用を含めた分析を統合的に実施した。さらに、修正デルファイ法による観察項目の検討および他形式タイムスタディ調査により、分娩過程における人的資源投入の実態を定量的に把握した。

その結果、出産費用は医療行為の内容のみによって決定されるものではなく、施設類型ごとの機能分化、対象症例のリスク水準、人的資源投入、資本構造、さらには付帯サービスや室料差額といった非医療的要素を含む複合的な構造として形成されていることが明らかとなった。

また、タイムスタディ調査の結果から、分娩は助産師を中心とした継続的かつ長時間のケアを基盤としつつ、産婦人科医師や新生児科医師等が必要に応じて専門的介入を行う多職種協働構造によって成立していることが示された。すなわち、人的資源投入、とりわけ助産師によるケアの時間的投入は、出産サービスの質と安全性を支える中核的要素であり、費用構造を理解する上で不可欠な要因である。

さらに、分娩取扱施設は、病院、診療所、助産所の3類型において、それぞれ異なる役割と提供体制を有しており、病院では高リスク分娩に対応する高度医療機能、診療所では標準的分娩管理、助産所では低リスク分娩を対象とした継続的ケアを担っていた。また、助産所では異常時に医療機関へ移行する連携体制が構築されており、施設類型ごとの機能分化が費用構造および収益構造に直接的に反映されていることが確認された。すなわち、費用水準の差異は単なる価格差ではなく、提供される医療およびケアの内容と密接に対応した結果として理解されるべきものである。

加えて、妊婦健診費用に関する分析から、妊娠期における費用負担についても医療機関間および地域間でばらつきが存在し、公費負担の水準や価格設定の違いが自己負担額に影響を与えていることが示唆された。特に、関東甲信越地域では自己負担額が相対的に高い傾向が確認された。また、「望ましい基準」に含まれる費用とそれ以外の費用の区分が必ずしも明確ではなく、費用の比較可能性に課題があることも示された。これらの結果

は、出産に係る経済的負担を分娩時の費用に限定せず、妊娠期から産後に至る一連の費用として捉える必要性を示すものである。

以上の結果から、今後の出産費用の見える化および制度設計においては、施設類型ごとの機能分化や医療内容の違いを前提とした評価枠組みの構築に加え、人的資源投入を含めた包括的な費用評価の導入が不可欠である。また、費用の比較可能性を高めるためには、医療行為と非医療的要素の区分の明確化、ならびに妊婦健診を含めた費用情報の体系的整理が重要な課題となる。

さらに、本研究では、フォローアップ調査を通じて収益・費用・資産・負債等に関するデータの精査および補完を行うことで、費用構造分析に用いるデータ基盤の信頼性向上を図った。また、修正デルファイ法を用いて分娩過程における観察項目を標準化し、人的資源投入を体系的に把握するための枠組みを構築した。

本研究は、出産費用の構造的理解を深化させるとともに、人的資源投入の実態に基づく新たな分析枠組みを提示することで、今後の出産に係る経済的負担軽減策、出産費用の見える化等の検討に資する基礎的エビデンスを提供するものである。

F. 健康危険情報

特に無し。

G. 研究発表

1. 論文発表

特に無し。

2. 学会発表

特に無し。

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

特に無し。

2. 実用新案登録

特に無し。

3. その他

特に無し。

参考文献

厚生労働省. (2025) 第9回「妊娠・出産・産後における妊産婦等の支援策等に関する検討会（資料1）」, 令和7年4月16日.

<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001476650.pdf>（閲覧日：令和8年4月18日）

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（閲覧日：令和8年4月18日）

厚生労働省. (2015) 「妊婦に対する健康診査についての望ましい基準」（平成27年3月31日厚生労働省告示第226号）.

https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=82ab4662&dataType=0&pageNo=1（閲覧日：令和8年4月18日）

こども家庭庁. (2026) 「妊婦健康診査の公費負担の状況に係る調査結果について」. 令和8年4月8日公表.

https://www.cfa.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/ceb3d0fd-a99a-4637-8006-fa236413774b/2505a784/20260408_press_cceb3d0fd-a99a-4637-8006-fa236413774b_01.pdf (閲覧日：令和8年4月18日)

Fitch, K., Bernstein, S. J., Aguilar, M. D., Burnand, B., LaCalle, J. R., Lazaro, P., et al. (2000) The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. Santa Monica, CA : RAND Corporation.

Diamond, I. R., Grant, R. C., Feldman, B. M., Pencharz, P. B., Ling, S. C., Moore, A. M., et al. (2014) 「Defining consensus : a systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies」 Journal of Clinical Epidemiology, 67(4), 401-409.
<https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.12.002>

Sinha, I. P., Smyth, R. L., Williamson, P. R. (2011) 「Using the Delphi technique to determine which outcomes to measure in clinical trials」 PLoS Medicine, 8(1), e1000393.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000393>