

別添 3

令和6～7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）
総合研究報告書

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5年度に実施したパイロット調査およびヒアリング調査の結果を踏まえ、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。また、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および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。加えて、収益・費用および財務構造の分析から、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。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、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。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明らかとなった。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、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。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。以上より、本研究は、出産費用構造の包括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

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の間で個別に設定されている。そのため、費用水準および内訳は地域や施設類型（病院、診療所、助産所）、施設機能および提供サービス等により大きく異なることが知られている（田倉，2021）。しかしながら、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十分に行われていない。

このため本研究では、第1に、令和5年度に実施したパイロット調査およびヒアリング結果を踏まえ、令和6年度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した。第2に、令和7年度にフォローアップ調査を実施し、データの精査および補完を行うことで分析の信頼性を向上させた。第3に、妊婦健診費

A. 研究目的

本研究は、「こども未来戦略方針」（令和5年閣議決定）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）。

用に関する追加調査を実施し、妊娠期を含めた費用負担の実態を把握した。

加えて、本研究では、分娩過程における人的資源投入の実態をより精緻に把握するため、令和7年度に実施した他計式タイムスタディ調査およびその準備として、令和6年度に修正デルファイ法を用いた観察項目の検討を行った（Fitch et al., 2000 ; Diamond et al., 2014 ; Sinha et al., 2011）。修正デルファイ法により、分娩期および産褥期における医療行為、観察、ケアおよび業務を対象とする観察項目を体系的に整理し、その結果に基づいてタイムスタディ調査表を作成した。その上で、令和7年度には、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て他計式のタイムスタディ調査を実施し、分娩開始から分娩後2時間までの過程における医療者の行動を参加観察により記録した。これにより、分娩に関わる医療者の業務内容および関与時間を定量的に把握し、人的資源投入の観点から出産費用構造を補完的に分析することを可能とした。

さらに、分娩取扱施設は高度医療を担う病院、標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う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、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）。

以上を踏まえ、本研究は、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統合的に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明らかにすること、さらに妊娠期から出産・産後に至る費用構造の全体像を把握することを目的とする。

B. 研究方法

B-1. 調査設計およびデータ収集

本研究では、分娩取扱施設における出産費用構造およびその形成要因を把握するため、全国の分娩取扱施設を対象とした悉皆調査（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た。

令和6年度には、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、ならびに収益・費用・財務構造を抽出されたサンプルにより把握するB票を実施した。B票の対象施設は、分娩施設の機能、分娩件数、経営主体等に基づく層化抽出により選定し、Stata 18.0を用いた乱数生成により無作為抽出を行った。

令和7年度には、収集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施設を対象

に、メールまたは電話による個別確認を実施し、患者票、タイムスタディおよび財務データの整合性確認および補完を行った。また、妊婦健診費用については追加の聞き取り調査を実施し、自己負担額、公費負担額および「望ましい基準」に含まれない費用等に関するデータの精度向上を図った。

分析にあたっては、施設類型（病院、診療所、助産所）別に記述統計を行うとともに、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 検定を用いて施設間の差異を検証した。また、自由記述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った。

加えて、分娩過程における人的資源投入の実態をより精緻に把握するため、令和6年度には修正デルファイ法を用いた観察項目の検討を実施し、令和7年度には他計式タイムスタディ調査を実施した。

B-2. タイムスタディ調査の方法および調査設計

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、令和7年度に他計式によるタイムスタディ調査を実施するとともに、その準備として令和6年度に修正デルファイ法を用いた観察項目の検討を行った。

まず、観察項目の検討にあたっては、分娩期における医療行為、観察、ケアおよび業務を把握するため、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た。その上で、病院（周産期母子医療センターを含む）および診療所に勤

務する産科医師、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として修正デルファイ法を実施し、分娩期における観察項目の必要性について評価を行った。個別評価とフィードバックを伴う合意形成の結果、分娩期および産褥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の大大カテゴリに再構成した。

次に、これら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。研究対象は、分娩目的で入院し経膈分娩を予定する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。

調査は、観察者が研究協力施設に赴き、分娩時の医療者の行動について参加観察を行う方法により実施した。観察期間は、分娩開始（規則的陣痛の発来）から分娩後2時間までとした。観察者は、事前に測定方法に関するオリエンテーションおよびトレーニングを受け、測定手法の標準化を図った上で調査に臨んだ。

データ収集にあたっては、専用のウェブアプリケーションを用い、各医療者が実施した治療、検査、ケアについて、その内容、実施場所および所要時間をリアルタイムで記録した。これにより、分娩過程における多職種の関与内容および時

間配分を統一的に把握することを可能とした。

以上の方法により、本研究は、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ための調査設計を構築するとともに、出産費用構造の分析に資する基礎データを整備した。

（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。本研究では、分娩取扱施設に関する悉皆調査および標本調査、ならび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を統合的に分析した結果、以下の点が明らかとなった。

C-2. 分娩取扱施設の基本構造と医療提供体制

分娩取扱施設の医療提供体制について、病院、診療所、助産所の三類型において明確な機能分化が確認された。病院は高リスク分娩に対応する高度医療機能を担い、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ケアを提供していた。

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、施設類型ごとに分娩形態および対象患者の構成に差異がみられた。

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も一定程度実施されていた。助産所では低リスクかつ経産婦中心の分娩が行われていた。

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。

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費用水準に大きく影響しており、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。

さらに、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から、病院では固定費負担の大きさに起因する赤字傾向、診療所では概ね収支均衡、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。また、病院では産婦人科部門における損益の二極化が確認された。

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。

さらに、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. 妊娠健診費用の実態

妊婦健診費用については、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の違いがその要因であ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」に基づく費用区分が必ずしも明確でないケースも確認された。

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の結果

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、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、修正デルファイ法により、分娩期および産褥期における医療行為、観察、ケアおよび業務に関する観察項目の必要性について評価を行った結果、合計102項目の必須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の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、これら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・時間の両面で最も大きく、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認められた。一方、産婦人科医師の関与時間は平均2時間程度であり、分娩時の処置や医療的判断といった専門的業務に集中していた。さらに、麻酔科医師および新生児科医師は、麻酔分娩や新生児対応など必要な症例に限定して関与しており、看護師の関与は全体として限定的であった。

業務内容別にみると、助産師は分娩進行管理、産婦へのケア、分娩介助、分娩後ケアに至るまで広範な業務を担ってお

り、分娩過程における継続的支援の中心的役割を果たしていることが明らかとなった。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おいて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。

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。加えて、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。一方で、「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。

なお、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実態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。

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。

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。

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。

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。

さらに、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。加えて、修正デルファイ法による観察項目の検討および他形式計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。

さらに、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明らかとなった。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。

また、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、加えて、**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。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。

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。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枠組みを構築した。

以上より、本研究は、出産費用の構造的な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_ceb3d0fd-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., ... & Kahan, J. P. (2000). 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., & Wales, P. W. (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.2013.12.00>

Sinha, I. P., Smyth, R. L., & Williamson, P. R. (2011). Using the Delphi technique to determine which outcomes to measure in clinical trials: recommendations for the

future based on a systematic review of existing studies. PLoS medicine, 8(1), e1000393.

<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000393>.