

妊婦健康診査の家計自己負担の推計手法に関する検討

横山真紀

1. はじめに

本稿は、OECD、Eurostat および WHO が策定した A System of Health Accounts 2011（以下、SHA2011）における機能別分類のうち、HC.6 Preventive care（予防ケア）に関連する支出として、妊婦健康診査（以下、妊婦健診）に係る家計自己負担分の推計手法を検討するものである。

日本の SHA 推計は、医療経済研究機構（以下、IHEP）により、国民医療費を基礎としつつ、国民医療費では把握されない保健医療関連支出を追加的に推計する形で実施され、OECD に報告されてきた。IHEP の科研報告書では、SHA2011 への対応にあたり、国民医療費に加え、介護、医療用品、予防・公衆衛生、管理費、家計直接負担等を含む、より広い総保健医療支出を把握する必要があることが整理されている（医療経済研究機構, 2014; 医療経済研究機構, 2015）。

妊婦健診は、妊婦および胎児の健康状態を定期的に確認し、異常の早期発見やリスク管理を行うことを目的とするサービスである。日本では、正常な妊娠経過に係る妊婦健診は原則として公的医療保険の給付対象外であり、公的医療保険給付を中心に把握される国民医療費の対象範囲外に位置づけられる。一方で、SHA は国民医療費よりも広い範囲の保健医療支出を把握する枠組みであり、妊婦健診のように健康状態の確認や異常の早期発見を目的とするサービスは、SHA 上の計上対象となり得る。

旧基準である SHA1.0 では、HC.6「予防及び公衆衛生サービス」の下位分類として「母子保健」が置かれており、妊婦健診は乳幼児健診等とともに母子保健関連支出として整理されていた。これに対し、SHA2011 では「母子保健」という独立した分類はなくなり、予防ケアはサービスの目的や機能に応じた分類体系へと再編された。この変更を踏まえると、妊婦健診は、機能面では HC.6.4 Healthy condition monitoring programmes、すなわち健康状態モニタリングに位置づけることが妥当であると考えられる。

これまでの IHEP 推計では、妊婦健診に係る公的負担部分については、母子保健または予防関連の公的支出として一定程度把握されてきた。一方で、市区町村による公費負担制度が設けられていても、自治体の助成額、医療機関ごとの価格設定、追加検査の有無等によって、妊婦本人または家計に自己負担が残り得る。この家計自己負担分については、既存統計から直接把握することが難しく、これまでの SHA 推計においても課題であった。

近年、妊婦健診をめぐるのは、公費負担額の地域差や家計負担の存在が政策的な論点となっている。また、少子化対策の文脈においても、妊娠期からの切れ目ない支援や、妊娠に伴う経済的負担の軽減に対する関心が高まっている。したがって、妊婦健診に係る家計自己負担分を把握することは、SHA 推計の包括性を高めるだけでなく、妊娠期における経済的負担の規模を示す基礎資料としても意義を有する。

そこで本稿では、これまでの IHEP 推計における妊婦健診の扱いを整理した上で、「妊婦に対する健康診査についての望ましい基準」、妊婦健診の公費負担状況、医科診療報酬点数表、および人口動態統計を用い、2023 年における妊婦健診の家計自己負担額を試算する。本稿の試算は、利用可能な公表資料に基づく初期的・探索的な取り組みであり、既存の SHA 推計で十分に把握されてこなかった妊婦健診に係る私的支出分を補完するための基礎的検討として位置づけられる。

2. SHA における母子保健関連支出の位置づけ

2.1 SHA1.0 における「母子保健」の扱い

旧基準である SHA1.0 では、HC.6「予防及び公衆衛生サービス」の下位分類として、HC.6.1「母子保健：家族計画およびカウンセリング」が置かれていた。IHEP の科研報告書においても、集合保健医療費は、予防・公衆衛生サービス、健康増進、健康維持、疾病予防等を含む領域として整理され、その内訳の一つとして母子保健、家族計画、相談が位置づけられていた（医療経済研究機構, 2014）。

この枠組みの下では、妊婦健診や乳幼児健診等の母子保健関連支出は、主として政府または自治体による公的支出として把握されてきたと考えられる。IHEP の平成 24-25 年度報告書では、政府部門の予防・公衆衛生サービス支出の中に、保健所等における乳児や妊婦等への事業費、母子保健に関する事業費が含まれることが整理されている（医療経済研究機構, 2014）。

2.2 SHA2011 における再編

SHA2011 では、HC.6 の構成が大きく再編され、SHA1.0 に存在した「母子保健」という独立した下位分類は置かれなくなった。代わりに、予防ケアは、情報提供・教育・カウンセリング、予防接種、疾病の早期発見、健康状態モニタリング、疫学的監視・リスクおよび疾病管理、災害・緊急対応準備といった、サービスの目的や機能に基づく分類体系へと整理された（OECD et al., 2017）。

この変更により、従来「母子保健」として一括的に把握されていた支出は、SHA2011 上ではそれぞれの機能に応じて再分類されることになる。SHA2011 マニュアルでは、HC.6.4 Healthy condition monitoring programmes について、特定疾患に焦点を当てない健康状態のモニタリングを対象とし、その例として妊娠期および産後のケアが挙げられている。このため、妊婦本人に提供される妊婦健診サービスそのものは、機能面からは HC.6.4 に位置づけることが妥当であると考えられる。一方で、医療経済研究機構

（2025）では、地方単独事業の追加計上対象として「妊産婦健康診査（地方単独事業分）に要する経費」が HC.6.5「疫学調査・リスク疾病コントロール」に整理されている。本稿では家計自己負担分を、個別の妊婦健診サービスに対応する支出として HC.6.4 に位置づけることを基本とするが、既存の IHEP 推計における公的負担部分との接続にあたっては、HC.6.5 として整理された公的支出との関係を確認し、今後検討する必要がある。

3. これまでの IHEP 推計における妊婦健診の扱い

IHEP による SHA 推計では、SHA1.0 における母子保健関連支出の時期から、妊婦健診にかかる公的負担部分は、利用可能な政府・自治体データに基づき、予防・公衆衛生または母子保健関連の支出として把握されてきたと理解できる。SHA2011 移行後も、母子保健という独立分類はなくなったものの、妊婦健診や乳幼児健診等の公的支出は、機能に応じて HC.6 の各分類に整理されたと考えられる。

近年の IHEP 科研における保健医療支出推計の精緻化作業でも、地方単独事業の追加計上対象として「妊産婦健康診査（地方単独事業分）に要する経費」、「新生児マス・スクリーニング検査事務費」、「その他の母子保健（地方単独事業分）に要する経費」等が挙げられている（医療経済研究機構, 2025）。このことから、少なくとも公的支出部分については、母子保健関連支出として継続的に検討対象とされてきたことが確認できる。

これに対して、家計が直接負担する私的支出については扱いが異なる。IHEP の平成 24-25 年度科研報告書では、集合保健医療費に関する家計直接負担について、「該当事項がない」と整理されている（医療経済研究機構, 2014）。また、同報告書において、家計直接負担は主として家計調査等から把握可能な範囲で推計されているが、妊婦健診に係る自己負担のみを個別に把握する方法は確認できない。以上を踏まえると、これまでの IHEP 推計では、妊婦健診費用のうち、公的負担部分は母子保健または予防関連支出として計上されてきた一方、家計の自己負担分については、これを直接把握する仕組みとはなっていなかったと整理することが妥当である。

妊婦健診をめぐるのは、近年、妊娠期における経済的負担や地域差への関心が高まっている。妊婦健診には市区町村による公費負担制度が設けられており、全国のすべての市区町村で 14 回以上の助成が実施されている。しかし、公費負担額や自己負担が生じないような制度設計の有無には地域差があり、自治体の助成額、医療機関の価格設定、追加検査の有無等によって、妊婦本人または家計に自己負担が残る可能性がある。こども家庭庁の調査でも、妊婦 1 人当たりの公費負担額の全国平均は 109,730 円である一方、都道府県別の平均額には差がみられることが示されている（こども家庭庁成育局母子保健課, 2025）。

また、報道においても、妊婦健診について「無料だと思っていた」にもかかわらず実際には支払いが発生したという当事者の声や、追加検査により 1 回あたり 1 万円を超える負担が生じる場合があることが紹介されている。さらに、妊婦の経済的負担の軽減および地域差の是正を目的として、妊婦健診に係る費用について、国が全国共通の目安となる「標準額」を示す方針であることが、2026 年 1 月の報道で示されている。こうした動きは、妊婦健診に係る自己負担が、単なる個別の医療費負担にとどまらず、少子化対策や妊娠期支援の観点からも政策的に重要な論点となっていることを示している。

このため、本稿では、多くの健康診査の中でも、家計負担や地域差が政策課題として顕在化している妊婦健診に着目する。本稿の試算は、これまで直接推計する仕組みとなっていなかった妊婦健診に係る私的支出分を補完し、SHA 推計の包括性を高めるための探索的

な取組みであると同時に、妊娠期における経済的負担の規模を把握する基礎資料としても意義を有すると考える。

4. 日本の制度における妊娠・出産関連費用

日本の医療制度において、妊娠は、基本的には疾病ではないとされ、原則として公的医療保険の給付対象外である。ただし、妊娠に伴う合併症や異常が認められる場合の診療については、医療保険の給付対象となる。

妊婦健診については、市区町村が実施主体となり、受診券方式または補助券方式等により支援が行われている。ここでいう受診券方式とは、毎回の検査項目が示された券を妊婦が医療機関に持参して健診を受ける方式であり、補助券方式とは、補助額が記載された券を妊婦が医療機関に持参して健診を受ける方式で、毎回の検査項目は医療機関の判断によるものとされる。こども家庭庁の調査によれば（こども家庭庁成育局母子保健課、2025）、2024年4月時点で、全国1,741市区町村の全てが妊婦健診について14回以上の助成を実施している。また、受診券方式を採用している市区町村は1,607市区町村、92.3%であり、補助券方式等は134市区町村、7.7%であった。

もっとも、自己負担が生じないように公費負担額が設定されているかどうかは、自治体により異なる。同調査では、妊婦1人当たりの公費負担額の全国平均は109,730円であったが、都道府県別にみると、たとえば神奈川県は80,159円、栃木県は95,000円、北海道は97,186円である一方、徳島県は133,108円、秋田県は135,113円、福島県は136,147円となっており、地域差が確認される。また、香川県のように管内全市町村が全額公費負担としている地域もある。さらに、「自己負担がないような公費負担額を設定している市区町村数」をみると、東京都では62市区町村全て、茨城県では44市町村全てが該当する一方、神奈川県では33市町村中7市町村、福岡県では60市町村中0市町村、佐賀県では20市町村中0市町村にとどまるなど、同じ妊婦健診であっても、家計に自己負担が残る可能性は地域により異なる。したがって、妊婦健診に係る家計自己負担額を推計する際には、標準的な健診回数が全国的に14回以上助成されていることを前提としつつも、全国一律の自己負担額を仮定するのではなく、自治体ごとの公費負担額、助成方式、自己負担が生じないような設計の有無を踏まえて推計する必要がある。

5. 試算対象と推計方法

5.1 妊婦健診に係る標準的費用の設定

妊婦健診に係る自己負担額を推計するため、まず、妊婦健診として標準的に実施される検査項目および実施時期を設定する必要がある。本稿では、「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）に示された検査項目を基礎として、標準的な妊婦健診の内容を整理した。

表1は、「望ましい基準」において示されている妊婦健診の主な検査項目と、妊娠週数および実施回数の目安を整理したものである。同基準では、妊娠初期に血液型等の検査、

B型肝炎抗原検査、C型肝炎抗体検査、HIV抗体検査、梅毒血清反応検査、風疹ウイルス抗体検査等を実施することが示されている。また、血糖検査、血算検査、HTLV-1抗体検査、子宮頸がん検診、超音波検査、性器クラミジア検査、B群溶血性レンサ球菌検査についても、妊娠週数に応じた実施時期および回数の目安が示されている。

「望ましい基準」は、妊婦健診において標準的に実施されるべき検査項目を整理したものであり、妊婦健診1人当たりの標準的費用を設定する際の基礎資料となる。一方で、実際にどの検査項目が公費負担の対象となるか、また公費負担額がどの程度であるかは、自治体によって異なる。

表1 「妊婦に対する健康診査についての望ましい基準」における検査項目と実施時期

検査の項目	妊娠週数及び回数の目安
血液型等の検査（A B O血液型、R h血液型及び不規則抗体に係るもの）	妊娠初期に1回
B型肝炎抗原検査	
C型肝炎抗体検査	
H I V抗体検査	
梅毒血清反応検査	
風疹ウイルス抗体検査	
血糖検査	妊娠初期に1回及び妊娠24週から妊娠35週までの間に1回
血算検査	妊娠初期に1回、妊娠24週から妊娠35週までの間に1回及び妊娠36週から出産までの間に1回
H T L V－1抗体検査	妊娠初期から妊娠30週までの間に1回
子宮頸がん検診（細胞診）	妊娠初期に1回
超音波検査	妊娠初期から妊娠23週までの間に2回、妊娠24週から妊娠35週までの間に1回及び妊娠36週から出産までの間に1回
性器クラミジア検査	妊娠初期から妊娠30週までの間に1回
B群溶血性レンサ球菌（G B S）検査	妊娠33週から妊娠37週までの間に1回

出典：出所：厚生労働省「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）第2の2。

注：実際の妊婦健診で実施される検査内容は、妊婦の健康状態、妊娠経過、医療機関の判断、自治体の助成制度等により異なる場合がある。

5.2 標準的検査項目の公費負担状況と費用化の方法

続いて、表2では、表1に示した「望ましい基準」における検査項目について、自治体における公費負担の実施状況と、医科診療報酬点数表上の対応関係を整理した。前出のことも家庭庁の調査によれば、受診券方式を採用する1,607市区町村のうち、血液型等の検査、B型肝炎抗原検査、C型肝炎抗体検査、HIV抗体検査、梅毒血清反応検査、風疹ウイルス抗体検査、HTLV-1抗体検査、性器クラミジア検査は、すべての市区町村で公費負担の対象とされている。また、血糖検査は1,600市区町村、血算検査は1,599市区町村、B群溶血性レンサ球菌検査は1,606市区町村で公費負担の対象とされており、これらの項目

についてもほぼ全国的に公費負担が行われている。一方、子宮頸がん検診は 1,508 市区町村、超音波検査は 1,509 市区町村であり、他の検査項目と比較するとやや実施割合が低いものの、いずれも 9 割を超える市区町村で公費負担の対象となっている。「望ましい基準」に掲げられた検査項目の多くは、自治体において実際に公費負担の対象とされており、妊婦健診の標準的な内容として全国的に一定程度共有されていると考えられる。そのため、本稿では、これらの検査項目を妊婦健診に係る標準的費用を設定する際の基礎とした。

さらに、表 2 では、各検査項目について医科診療報酬点数表上で対応すると考えられる主な区分と点数を整理した。たとえば、B 型肝炎抗原検査および C 型肝炎抗体検査は肝炎ウイルス関連検査、HIV 抗体検査、梅毒血清反応検査、風疹ウイルス抗体検査、HTLV-1 抗体検査は感染症免疫学的検査、血糖検査は血液化学検査、血算検査は血液形態・機能検査、子宮頸がん検診は細胞診、超音波検査は超音波検査、性器クラミジア検査は微生物核酸同定・定量検査、B 群溶血性レンサ球菌検査は細菌培養同定検査に対応させた。

表 2 妊婦健診における標準的検査項目の公費負担状況と医科診療報酬点数表上の対応

検査項目	公費負担実施 市区町村数 (割合)	医科診療報酬点数表			
		区分	項目	細分類	点数
①血液型等の検査	1,607(100.0%)	D011	免疫血液学的検査	ABO血液型及びRh(D)血液型	24
				不規則抗体	159
②B型肝炎抗原検査	1,607(100.0%)	D013	肝炎ウイルス関連検査	HBs抗原、HBs抗体	88
③C型肝炎抗体検査	1,607(100.0%)	D013	肝炎ウイルス関連検査	HCV抗体定性・定量、HCVコア蛋白	105
④H I V抗体検査	1,607(100.0%)	D012	感染症免疫学的検査	HIV-1, 2抗体定性、HIV-1, 2抗体半定量、HIV-1, 2抗原・抗体同時測定定性	112
⑤梅毒血清反応検査	1,607(100.0%)	D012	感染症免疫学的検査	梅毒血清反応(STS)半定量、梅毒血清反応(STS)定量	34
				梅毒トレポネーマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定量	53
⑥風疹ウイルス抗体検査	1,607(100.0%)	D012	感染症免疫学的検査	グロブリンクラス別ウイルス抗体価(1項目当たり)	206
⑦血糖検査(2回)	1,600(99.6%)	D007	血液化学検査	グルコース	11
⑧血算検査(3回)	1,599(99.5%)	D005	血液形態・機能検査	末梢血液一般検査	21
⑨H T L V - 1抗体検査	1,607(100.0%)	D012	感染症免疫学的検査	HTLV- I 抗体定性、HTLV- I 抗体半定量	85
⑩子宮頸がん検診	1,508(93.8%)	N004	細胞診	婦人科材料等によるもの	150
⑪超音波検査(4回)	1,509(93.9%)	D215	超音波検査	断層撮影法(心臓超音波検査を除く。)ロその他の場合 (1)胸腹部	530
⑫性器クラミジア検査	1,607(100.0%)	D023	微生物核酸同定・定量検査	クラミジア・トラコマチス核酸検出	193
⑬B群溶血性レンサ球菌検査	1,606(99.9%)	D018	細菌培養同定検査	泌尿器又は生殖器からの検体	180

出典：こども家庭庁成育局母子保健課「妊婦健診の公費負担の状況に係る調査結果について」（令和 7 年 4 月 15 日公表）および厚生労働省「医科診療報酬点数表」を基に筆者作成。

注：公費負担の実施状況は、令和 6 年 4 月 1 日現在、受診券方式を採用する 1,607 市区町村における実施市区町村数および割合を示す。市区町村数は、1 回以上公費負担を実施している数。

この対応関係を用いることで、妊婦健診に含まれる主要な検査項目について、医科診療報酬点数表上の点数を参照しながら、費用把握のための基準額を設定することが可能となる。ただし、妊婦健診は、正常な妊娠経過において実施される場合には原則として公的医療保険の給付対象外であり、その費用は医療機関ごとに設定される。表2に示した医科診療報酬点数表上の点数は、異常妊娠等により保険診療として扱われる場合に適用される各検査・診療項目の点数を便宜的に参照したものであり、正常妊娠に係る妊婦健診の実際の費用を直接示すものではない。そのため、医科診療報酬点数表に基づいて設定した費用は、実際に家計が負担する費用を過小に見積もる可能性が高い。

また、表2に示した対応は、各検査項目に対応すると考えられる主な診療報酬上の区分を整理したものであり、実際の妊婦健診における請求内容や自治体の助成対象と完全に一致するものではない。医療機関における検査方法、妊婦の健康状態、妊娠経過、自治体の制度設計によって、実際に実施される検査内容や助成対象は異なり得る。

したがって、本稿における費用設定は、個々の妊婦に実際に発生した費用を直接把握するものではなく、妊婦健診に係る家計自己負担額を全国規模で推計するための便宜的な基準額として位置づける。すなわち、表1により標準的な検査項目と実施回数を確認し、表2によりそれらの検査項目に対応する医科診療報酬点数表上の区分を整理した上で、妊婦健診1人当たりの基準額を設定する。その後、自治体による公費負担額を控除することで、家計に残る自己負担相当額を推計する。

ただし、上記の理由から、本推計で得られる自己負担額は、実際の家計負担を過小に評価している可能性がある。したがって、本稿の推計値は、妊婦健診に係る家計負担の平均的な実態を示すものではなく、少なくともこの程度の家計負担が存在し得ることを示す、保守的な下限推計として解釈する必要がある。換言すれば、本推計は、正常妊娠に係る妊婦健診費用の全体像を完全に把握するものではないが、既存統計や公表情報から把握可能な範囲で、家計負担の最低額を見積もる試みとして位置づけられる。

5.3 「望ましい基準」に追加した項目

前節までは、「妊婦に対する健康診査についての望ましい基準」に示された医学的検査項目を基礎として、妊婦健診の標準的な内容を整理した。しかし、同基準に掲げられている項目は、妊婦健診において実施されるべき主な検査項目と実施時期を示すものであり、実際の妊婦健診において発生する費用の全体をそのまま示すものではないと考える。妊婦健診では、各回の診察、尿検査、胎児心拍確認、妊娠後期における胎児状態の確認等が行われるため、費用推計にあたっては、「望ましい基準」に示された検査項目に加え、実際の診療過程で通常必要となる項目を補足的に含める必要がある。

そこで本節では、「望ましい基準」に加えて、初診料、再診料、毎回の尿検査、検体検査判断料、助成回数を超えた超音波検査、妊娠後期に実施されるノンストレステストを追加的に考慮した（表3）。

初診料および再診料については、妊婦健診が複数回にわたって実施されることから、初回受診時には初診料を、以後の健診時には再診料を計上することとした。また、尿検査については、妊娠高血圧症候群や妊娠糖尿病等のリスク把握に係る基本的な確認項目であり、妊婦健診の各回で実施されるものとして扱った。

さらに、血液学的検査、生化学的検査、免疫学的検査、微生物学的検査等については、検査そのものの点数に加え、検体検査判断料が発生するため、同分類の検査ごとに判断料を含めた。これにより、単に検査項目の点数のみを積み上げるのではなく、実際に保険診療として算定される場合の費用構造に近づけることを試みた。

超音波検査については、「望ましい基準」では妊娠初期から妊娠 23 週までに 2 回、妊娠 24 週から 35 週までに 1 回、妊娠 36 週から出産までに 1 回を目安として示している。一方で、臨床上は胎児心拍確認等のために妊婦健診の各回で超音波検査が用いられることが多い。『産婦人科診療ガイドライン—産科編 2023』では、妊婦健診ごとに児心拍確認を行うことが示されており、児心拍確認に超音波検査が用いられる場合があることを踏まえ、費用推計上の仮定として超音波検査を各回に含めた。ただし、これは毎回の詳細な超音波検査が一律に推奨されていることを意味するものではない。

また、ノンストレステストについては、「望ましい基準」に定める検査項目には含まれていないが、妊娠後期に胎児の状態を確認するために実施されることがある。こども家庭庁の調査でも、国が定める検査項目以外の検査項目、たとえばノンストレステスト等について、公費負担を実施している市区町村が 812 市区町村、50.5%存在することが示されている。このため、本推計では、妊娠後期に 1 回実施されるものとしてノンストレステストを追加的に考慮した。

表 3 「望ましい基準」に追加して費用推計に用いた項目と医科診療報酬点数表上の対応

医科診療報酬点数表			
区分	項目	細分類	点数
A000	初診料		288
A001	再診料		73
D000	尿中一般物質定性半定料検査		26
D026	検体検査判断料	尿・糞便等検査判断料	34
		血液学的検査判断料	125
		生化学的検査(Ⅰ)判断料	144
		免疫学的検査判断料	144
		微生物学的検査判断料	150
D219	分娩監視装置による諸検査	ノンストレステスト	210

出典：厚生労働省「医科診療報酬点数表 2023」

注：D026 検体検査判断料は、検査項目ごとではなく、同一分類の検体検査について原則として月 1 回算定される。本表では、検査項目ごとの点数を示しているが、費用推計においては、同一分類に属する検査が同時に実施される場合、判断料を重複して計上しないよう整理した。

5.4 妊婦健診に係る自己負担額

前節までの整理に基づき、一般的な 14 回分の妊婦健診に含まれる標準的な項目を擬似的に設定し、妊婦健診 1 人当たりの費用を推計した。表 1 に示した「望ましい基準」に基づく検査項目および実施時期を基本とし、表 2 に示した各検査項目の医科診療報酬点数表上の対応関係を用いた。さらに、表 3 に示した初診料、再診料、毎回の尿検査、検体検査判断料、超音波検査、ノンストレステスト等を加えることで、14 回分の妊婦健診に係る費用を積み上げた。

この結果、一般的な 14 回分の妊婦健診に係る総点数は 12,933 点となった。診療報酬点数を 1 点 10 円として換算し、妊婦健診 1 人当たりの推計上の基準額は 129,330 円となる。本稿では、この 129,330 円を、妊婦健診に係る家計負担を推計するための基準額として用いた。ただし、前述のとおり、正常妊娠に係る妊婦健診は原則として保険診療の対象外であり、実際の費用は医療機関ごとに設定される。そのため、この基準額は実際の費用を直接示すものではなく、医科診療報酬点数表を用いて把握可能な範囲で設定した、保守的な下限推計として位置づけられる。

次に、妊婦健診 1 人当たりの基準額 129,330 円から、都道府県別の妊婦 1 人当たり公費負担額を差し引き、都道府県別の 1 人当たり自己負担相当額を算出した。本稿は 2023 年分の試算を目的としているため、公費負担額については、こども家庭庁「妊婦健診の公費負担の状況に係る調査結果」に示された令和 5 年 4 月 1 日時点の都道府県別平均額を用いた。出生数についても、2023 年の都道府県別出生数を用いた¹。

最後に、都道府県別の 1 人当たり自己負担相当額に、2023 年の都道府県別出生数を乗じることによって、各都道府県における妊婦健診の自己負担額を推計した。出生数は、妊婦健診を受診した妊婦数を直接把握できないため、推計上の代理指標として用いたものである。したがって、本推計は、出産に至った妊娠を対象とした自己負担額を把握するものであり、流産、死産、中絶等に至った妊娠に係る妊婦健診費用は十分に反映できていない。

この方法により、都道府県ごとに、妊婦健診の基準額と公費負担額との差額、および出生数に基づく自己負担額を算出した。たとえば、公費負担額が基準額を下回る都道府県では、差額が家計の自己負担相当額として計上される。一方、公費負担額が基準額を上回る都道府県では、推計上の差額は負の値となる。この場合、妊婦健診に係る自己負担額としては、実質的に自己負担が発生しないものと解釈し、全国集計ではゼロとして扱った。

本推計は、医科診療報酬点数表に基づく基準額を用いたものであり、実際の妊婦健診費用を過小に評価している可能性がある。

以上の方法により、妊婦健診に係る自己負担額の総額は 173 億 5,042 万円となった。本試算により、従来の SHA 推計で十分に把握されてこなかった妊娠健診の私的支出につい

¹ 出生数については、厚生労働省「人口動態統計」における令和 5 年（2023 年）の都道府県別出生数を用いた。同統計の年次値は暦年ベースであるため、本推計は 2023 年 1 月から 12 月までの出生数に基づく。

て、一定の規模を示すことができたと考える。ただし、前述の通り、得られた自己負担額は、妊婦健診に係る家計負担の実態を示すものではなく、既存資料から把握可能な範囲で、少なくともこの程度の自己負担が存在し得ることを示す下限推計として解釈する必要がある。

表 4 都道府県別にみた妊婦健診に係る推計自己負担額

都道府県名	公費負担額（円）（平均） 2023 年4月1日現在	基準額（129,330円） －公費負担額	出生数 (2023)	基準額と公費負担額の差額 × 出生数	都道府県別 自己負担額（円）
北海道	94,983	34,347	24430	839,097,210	839,097,210
青森県	125,478	3,852	5696	21,940,992	21,940,992
岩手県	117,557	11,773	5432	63,950,936	63,950,936
宮城県	118,019	11,311	12328	139,442,008	139,442,008
秋田県	123,036	6,294	3611	22,727,634	22,727,634
山形県	102,400	26,930	5151	138,716,430	138,716,430
福島県	136,257	-6,927	9019	-62,474,613	0
茨城県	104,073	25,257	14898	376,278,786	376,278,786
栃木県	95,000	34,330	9958	341,858,140	341,858,140
群馬県	98,316	31,014	9950	308,589,300	308,589,300
埼玉県	102,190	27,140	42108	1,142,811,120	1,142,811,120
千葉県	109,000	20,330	35658	724,927,140	724,927,140
東京都	100,453	28,877	86348	2,493,471,196	2,493,471,196
神奈川県	76,114	53,216	53991	2,873,185,056	2,873,185,056
新潟県	119,936	9,394	10916	102,544,904	102,544,904
富山県	111,830	17,500	5512	96,460,000	96,460,000
石川県	140,642	-11,312	6757	-76,435,184	0
福井県	110,900	18,430	4563	84,096,090	84,096,090
山梨県	98,120	31,210	4397	137,230,370	137,230,370
長野県	126,876	2,454	11125	27,300,750	27,300,750
岐阜県	130,086	-756	10469	-7,914,564	0
静岡県	100,728	28,602	18969	542,551,338	542,551,338
愛知県	111,642	17,688	48402	856,134,576	856,134,576
三重県	112,910	16,420	9524	156,384,080	156,384,080
滋賀県	107,611	21,719	9249	200,879,031	200,879,031
京都府	97,250	32,080	13882	445,334,560	445,334,560
大阪府	120,125	9,205	55292	508,962,860	508,962,860
兵庫県	104,236	25,094	32615	818,440,810	818,440,810
奈良県	101,357	27,973	6943	194,216,539	194,216,539
和歌山県	98,824	30,506	4901	149,509,906	149,509,906
鳥取県	105,790	23,540	3263	76,811,020	76,811,020
島根県	108,770	20,560	3759	77,285,040	77,285,040
岡山県	113,490	15,840	11575	183,348,000	183,348,000
広島県	105,546	23,784	16682	396,764,688	396,764,688
山口県	116,939	12,391	7189	89,078,899	89,078,899
徳島県	133,108	-3,778	3903	-14,745,534	0
香川県	114600	14,730	5365	79,026,450	79,026,450
愛媛県	92,595	36,735	6950	255,308,250	255,308,250
高知県	112,410	16,920	3380	57,189,600	57,189,600
福岡県	108,470	20,860	33942	708,030,120	708,030,120
佐賀県	101,620	27,710	5144	142,540,240	142,540,240
長崎県	100,344	28,986	7656	221,916,816	221,916,816
熊本県	103,560	25,770	11189	288,340,530	288,340,530
大分県	96,902	32,428	6259	202,966,852	202,966,852
宮崎県	110,047	19,283	6502	125,378,066	125,378,066
鹿児島県	102,978	26,352	9868	260,041,536	260,041,536
沖縄県	99,100	30,230	12549	379,356,270	379,356,270
合計	109,730		727269	17,188,854,244	17,350,424,139

出典：こども家庭庁成育局母子保健課「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5年4月1日現在）」、厚生労働省「人口動態統計」第3表-1を基に筆者推計。

6. おわりに

本稿では、妊婦健診に係る家計自己負担分の推計方法を検討した。妊婦健診は、妊婦および胎児の健康状態を定期的に把握し、異常の早期発見やリスク管理を行うことを目的とするサービスであり、機能面からは HC.6.4 Healthy condition monitoring programmes、健康状態モニタリングに位置づけることが妥当であると考えられる。

これまでの IHEP による SHA 推計では、母子保健関連支出のうち、公的負担部分については、政府・自治体の事業費等を通じて一定程度把握されてきた。一方、正常な妊娠経過における妊婦健診は原則として公的医療保険の給付対象外であり、医療機関ごとに費用が設定されるため、妊婦本人または家計が直接支払う自己負担分については、既存統計から直接把握することが難しく、これまでの SHA 推計において直接、当該費用を把握する仕組みとはなっていなかった。本稿の意義は、この妊婦健診に係る私的支出分を、利用可能な公表資料を用いて試算した点にある。

推計にあたっては、「妊婦に対する健康診査についての望ましい基準」に示された検査項目を基礎とし、医科診療報酬点数表を用いて 14 回分の妊婦健診に係る基準額を擬似的に設定した。その上で、都道府県別の妊婦 1 人当たり公費負担額を控除し、2023 年の都道府県別出生数を乗じることで、妊婦健診に係る家計自己負担額を推計した。その結果、妊婦健診に係る自己負担額は約 173 億円と試算された。

ただし、本推計は利用可能な公表資料に基づく探索的な試算であり、いくつかの留意点がある。第一に、妊婦健診は正常妊娠の場合には原則として保険診療ではなく、実際の費用は医療機関ごとに設定される。本稿では、費用把握のために医科診療報酬点数表上の点数を便宜的に参照したが、これは正常妊娠に係る妊婦健診の実際の価格を直接示すものではない。また、本来であれば、妊婦健診に係る自己負担額の推計にあたっては、自治体ごとの公費負担額に加え、受診券方式・補助券方式といった助成方式や、自己負担が生じないような制度設計の有無も考慮する必要がある。しかし、本稿では全国的に利用可能なデータの制約から、主として都道府県別の妊婦 1 人当たり公費負担額を用いた推計にとどまっている。このため、市区町村ごとの助成内容、助成方式、自己負担を抑制する制度設計の差異、医療機関ごとの価格差、妊婦の健康状態や妊娠経過に応じた検査内容の違いを完全には反映できていない。

第二に、本推計では、「妊婦に対する健康診査についての望ましい基準」を中心に、初診料、再診料、尿検査、検体検査判断料、超音波検査、ノンストレステスト等を加えた標準的な 14 回分の妊婦健診を想定している。そのため、3D 超音波検査、出生前診断、胎児スクリーニング検査等、医療機関で任意検査または自費診療のメニューとして提供される検査は含めていない。また、出生数を対象人数の代理指標として用いているため、流産、死産、中絶等に至った妊娠に係る妊婦健診費用は十分に反映できていない。

以上を踏まえると、本推計値は、妊婦健診に係る家計自己負担の正確な実績値ではなく、利用可能な公表資料に基づき、標準的な妊婦健診について最低限把握可能な家計負担を示す探索的な試算として解釈する必要がある。

それでも、従来の SHA 推計において、直接、個別に把握する仕組みとなっていなかった妊婦健診の私的支出について、一定の規模を示したことは、予防支出の精緻化に向けた基礎的な作業として意義を有する。近年、妊婦健診をめぐっては、自治体による公費負担額の地域差や、医療機関ごとの価格設定によって家計に自己負担が残ることが政策的な論点となっている。また、少子化対策の文脈においても、妊娠期からの切れ目ない支援や、妊娠に伴う経済的負担の軽減に対する関心が高まっている。こうした状況を踏まえると、妊婦健診に係る家計自己負担分を把握することは、SHA 推計の包括性を高めるだけでなく、妊娠期における経済的負担の実態を明らかにする上でも重要である。

今後は、本稿で留意点として挙げた課題について、利用可能なデータの拡充や専門家への確認等を通じて、推計方法をさらに精緻化していく必要がある。具体的には、任意検査や自費診療として提供される検査の取扱い、保険者・雇用主等による追加的補助の有無、出生数を対象人数の代理指標として用いることの妥当性等に加え、市区町村別の公費負担額、助成方式、自己負担が生じないような制度設計の有無について、考慮する必要がある。本稿の試算は、妊婦健診に係る私的支出を把握するための初期的・探索的な取り組みであり、今後検討を重ねることで、より実態に即した推計へとブラッシュアップしていく必要がある。

【参考文献】

- OECD, Eurostat and World Health Organization (2017) A System of Health Accounts 2011: Revised edition. OECD Publishing, Paris.
- 医療経済研究機構 (2014) 『OECD 準拠の System of Health Accounts2011 (SHA2.0) に準じた推計方法の開発と推計』平成 24～25 年度 総合研究報告書・総括研究報告書。―― (2015) 『OECD の System of Health Accounts 2011 (SHA2011) に準拠の推計方法の開発と推計』平成 26 年度 総括・分担研究報告書。―― (2025) 『OECD の SHA 手法に適用可能な保健医療支出推計の速報化と COVID-19 関連費用算出に関する研究』令和 6 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 総括研究報告書。
- 厚生労働省 (2023) 『人口動態統計』。
- 厚生労働省 (2023) 「診療報酬の算定方法」別表第一 医科診療報酬点数表 (令和 5 年 4 月 1 日施行) 。
- 厚生労働省「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。
- 厚生労働省保険局 (2024) 「出産費用の状況等について」社会保障審議会医療保険部会資料, <https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001336297.pdf>
- こども家庭庁成育局母子保健課 (2024) 「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 6 年 3 月 26 日公表。

———（2025）「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 7 年 4 月 15 日公表.

日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会（2023）『産婦人科診療ガイドラインー産科編 2023』日本産科婦人科学会.

