

公的医療保険における出産給付

—現金給付をめぐる政治過程

大西 香世

はじめに

- 1 出産給付の起源—健康保険法（法律第70号）による定額金銭給付
- 2 キャッチアップ型の「出産の施設化」とその「二重構造」
- 3 正常分娩の診療報酬点数化への日本母性保護医協会の抵抗
- 4 定額金銭給付金の増額と制度の現状維持

おわりに

はじめに

近年、日本において、妊婦健康診査を全く、あるいは数回程度しか受診せずに出産する「未受診妊婦」、または「飛び込み出産」をする妊婦が増加し、社会問題と化している⁽¹⁾。また、産婦が出産後に出産費用を払わない出産費用の未払いも、全国の医療施設が抱える問題となっている⁽²⁾。こうした問題の増加に伴い、「正常分娩」の保険適用への要求が、昨今改めて高まってきた⁽³⁾。日本では「正常分娩は疾病ではない」という理由から、正常分娩は自由診療、いわゆる自己負担となっている。すなわち、妊娠・分娩に関して異常があり、医師の手当て等を必要とする場合、その限りにおいては「疾病」として療養の給付が行われる一方、正常妊娠・正常分娩は疾病として扱われない。そのため、定額金銭給付（現在は、育児一時金と合わせ出産育児一時金）が「現金給付」として支給されるという仕組みになっている。

(1) 例えば、大阪産婦人科医「未受診や飛び込みによる出産等実態調査報告書」2013年3月を参照されたい。
<http://www.pref.osaka.jp/attach/3964/00098618/mijyushinchisa-2012.pdf>（2013年7月31日アクセス）。

(2) 『朝日新聞』2006年5月31日付「費用未払い、悩む病院 退院後、連絡途絶え…」。

(3) 「出産『無料化』前倒しの考え 升添厚労相 出産費用の全国一律無料化」。2008年9月18日付「社民が出産無料化公約 衆院選 産声の聞こえる街づくりプロジェクトチーム」。社民党の産声の聞こえる街づくりプロジェクトチーム（2008年9月17日）は、その声明において「妊娠分娩の健康保険適用と本人負担の無料化」とともに、「助産師が先頭に立って正常分娩を担えるように『助産制度』をつくりかえる」と提言している。
http://www5.sdp.or.jp/policy/policy/other/081006_ubugoe.htm（2013年8月13日アクセス）。当時、社民党議員であった阿部知子氏も、以下の著書において出産の無料化を提言している。阿部知子編著『赤ちゃんを産む場所がない!?!』ジャパンマシニスト社、2008年。

本稿は、正常出産に対して公的医療保険から定額金銭給付が支給されるこの仕組みが、分娩給付を初めて規定した健康保険法が1922年に制度化されて以来、原則的に変化しなかったことを指摘する。変化しなかったその要因は、(1) 1960年までに日本において急激に出産が施設化された帰結として、都市部と郡部における出産の「二重構造」が発生し、現物給付化に際する出産経費の標準化が困難であったこと、(2) 1960年から1970年の「二重構造」の解消過程における母子健康センターの増加を契機に、それ以後、日本母性保護医協会（日母）が、正常分娩が診療報酬の点数化された場合に「助産婦レヴェル」の点数に統一されることを危惧し、反対したこと、(3) 1980年代以降は出産の医学管理化が進行したが、にもかかわらず、「正常分娩は自然現象」であるとの前提に基づき、診療報酬の点数は極めて低く抑えられるであろうことが予測され、日母が現状維持を働き続けたこと、これら3点に起因することを説明する⁽⁴⁾。そして、日本の出産給付は、定額金銭給付の増額をもって既存の制度を維持強化することによって対応してきたことを指摘する。本稿は、これまでの出産給付のありかたとそれを取り巻く政治力学を分析する作業を通して、今日、再び議論が高まっている正常分娩の保険適用に関し、その可否・是非の判断材料を提供することを目的とする。

1 出産給付の起源——健康保険法（法律第70号）による定額金銭給付

(1) 健康保険法と「分娩給付」

日本で分娩給付が始まったのは1922年（大正11年）、健康保険法（法律第70号）の成立に遡る。分娩に対して公的医療保険から定額金銭給付が支給されるこの仕組みは、今日まで、大枠では原則的に変化していない⁽⁵⁾。

1922年に健康保険法が成立した背景には第一次大戦後の緊迫した労使関係があったことから、同法は労使関係への改善策として制定が急がれた色合いが強い⁽⁶⁾。第一次世界大戦後の日本では、1918年（大正7年）に富山で起きた米騒動やロシア革命に触発されたストライキの増加など、社会不安が増大していた時代であった。一方国際的には、ヴェルサイユ条約に基づいて設置された国際労働機構（ILO）が、各国に対して社会政策の制定実現を勧告していた時期でもあった。こうした国内外の社会情勢の変化を受け、1918年には保健衛生調査会が、政府に対し「疾病保険制度」を確立するよう速やかに調査に着手すべき旨の建議を行い、1920年（大正9年）には憲政会が疾

(4) 先行研究においては、正常な妊娠・出産について、医療保険（療養の給付）の適用がないことに関する理由として、以下の点が挙げられている。すなわち、出産が療養の給付の対象から外されてきたのは、日本の医療保険が、歴史的に療養に伴う特別の出費を補填する所得補償として発達してきており、「療養」が狭義に解釈されてきたため、とする（橋本宏子「医療保障と女性」、社会保障研究所編『社会保障研究所研究叢書29・女性と社会保障』東京大学出版会、1993年、155-182頁）。あるいは、出産は傷病ではないこと、また、妊娠は予測可能であり、予め出産費用の準備ができるため、とする（稲森公嘉「論壇・医療保険と出産給付」『週刊社会保障』No.2612、2011年1月17日、44-46頁）。

(5) 1946年の改正（勅令第185号）では、分娩費の額が定額制から報酬月額比例となった。健康保険組合連合会編『健康保険法の歩み：その制定と改正の経過』健康保険組合連合会、265頁。

(6) 菅谷章『日本社会政策史論』日本評論社、1978年、52-63頁。

病保険法案を発表した。そのため、政府はこの法案に対抗してなんらかの措置をとらざるを得なくなった。

その結果、政府は「労働者の生活の不安を除去する」こと、「労働者の健康を保持」して「労働能力の増進を図」ること、そして「その結果」として「労使の円満なる協調」と「国家産業の健全なる発達」を期して、健康保険法案を提示した⁽⁷⁾。1922年（大正11年）、農商務省は労働保険調査会の答申に基づき、健康保険法案の若干の修正を行った上で、同法案は、提出後の10日余りでほとんど議論もないまま、貴族院を通過することとなった。

このように「上」から急速に制定された同法⁽⁸⁾においては、「分娩給付」に関して、(1)「定額金銭給付」としての「分娩費」と(2)「任意給付」の「現物給付」としての「産院の収容」および「助産手当」が、以下のように定められた。

すなわち、第50条では「被保険者が分娩したるときは分娩費として20円を……支給す」と、定額金銭給付として分娩費の給付が定められた。一方、保険者が任意に給付することのできる現物給付としては、第51条1項において「保険者は被保険者を産院に収容し又は助産の手当てを為すことを得」るものとして、「任意給付」のかたちで「産院収容あるいは助産の手当て」の給付が定められた。この場合の「産院」とは、「分娩を行うための物理的施設」であり、「療養上の必要性の有無にかかわらず妊婦が収容される場所」を指した。後者の「助産手当」とは、「産婆の助産、分娩用具、看護婦、産科医の手術等を指す」ものであった⁽⁹⁾。

ただ、「産院収容あるいは助産の手当て」があった場合、上述の定額金銭給付は「半額」とされることとなった。第51条2項では、「産院に収容し又は助産の手当てを為したる被保険者に対して支給すべき分娩費……は減額することを得」とされ、「産院に収容し又は助産の手当てを為したる被保険者に対し支給すべき分娩費の額は10円とす」として、定額金銭給付としての分娩費は半額とされるようになった⁽¹⁰⁾。このことから、「分娩費」とは、分娩そのものを直接保障しているのではないことが分かる。

このように、健康保険法では現物給付としての「産院収容」・「助産手当」も定められたが、1942年に改正された同法（法律第38号、勅令第826号）では、助産の現物給付は廃止され、産院収容のみとなった⁽¹¹⁾。その理由としては、現物給付は「各都道府県の産婆会との契約が円滑に行われなく」なり、「実際の運営としていろいろの支障も出て」「次第に自然消滅」してきたことから、「衰退」したことが背景にあったという⁽¹²⁾。

(7) 菅谷、同上、1978年、62-63頁。

(8) 菅谷は、日本の健保法の成立の背景の極めて日本的な特質として、欧米先進国のように労働運動の闘争の結果として獲得されたものではない点を挙げている（菅谷、同上、69頁）。その点において、同法は、エスピン・アンデルセンらの権力資源動員アプローチが説明するところの社会民主主義勢力ではなく、「上」から国家主導で制度化されたと指摘することができる。

(9) 健康保険組合連合会、同上、1973年、267頁。

(10) 1938年には、農漁山村の地域住民を対象とした疾病保険である国民健康保険法が制定されたが、この際も健保法と同様、助産給付は「現金給付」の任意給付とされた（菅谷、同上、1978年、92-93頁）。

(11) 健康保険組合連合会、同上、1973年、267頁。

(12) 参議院予算委員会会議録、昭和44年3月29日。

(2) 出産給付の制度化のタイミング

このように、健康保険法においては現金給付の「分娩費」と並んで現物給付の「産院の収容」「助産手当」が給付されることになったのだが、実際のところ、同法制定当時の出産形態はどのようなものであったのだろうか。

1922年当時、東京などの都市部の一部の人々を除けば、出産の多くは家族や近隣の女性あるいは産婆資格を持たない取り上げ婆（旧産婆）によって家庭でなされるという相互扶助的なものであったことは、フィールド調査を中心とした先行研究によって明らかにされている。例えば、石川県の門前町元町集落においては、健康保険法が制定された前後の年では、分娩介助者が「本人」「兄嫁」「親戚」など、産婆や医師以外の介助者（あるいは介助者なし）が半数近くあり、その場合の出産場所は「実家」「婚家」など出産施設以外であった⁽¹³⁾。また、愛知県の越智郡魚島・岡村島では、1925年以前の出産は、ほとんどが産婆資格のない取り上げ婆によって介助されていた。取り上げ婆は、地縁・血縁でつながっている近隣の女性であり、謝礼もほとんどなきも同然であったという⁽¹⁴⁾。

同法が制定された当時、多くの出産とはこのように相互扶助的なものであったため、産婆や医師による助産手当という現物給付は実態に即したのではなく、運営の問題とも相俟って「自然消滅」したものと考えられる。そして、定額の分娩費を支給する定額金銭給付が、大多数の人々に該当するものとして主流になった、と考えるのが妥当であろう。

日本における出産給付の制度化が、労使関係への対処という国内政治の副産物であったことは既に述べたが、その制度化のタイミングが、日本では工業化の比較的早い段階であり⁽¹⁵⁾、多くの出産が相互扶助的な形態の時代であったことは、その後の日本の出産給付の発展経路に大きく作用した⁽¹⁶⁾。なぜならば、制度化された時点においては、現物給付あるいは現金給付どちらも主流になる可能性があったのだが、前者が定着するには、医師や助産婦による助産がそれほど一般的ではない早いタイミングであったため、現物給付は現状を反映せず、「自然消滅」することになったからである。

(13) 西川麦子『ある近代産婆の物語—能登・竹島みいの語りより』桂書房、1997年、332-333頁。1940年代初頭においても、分娩介助者が「親戚」「本人」と医療従事者以外が数件存在する。分娩介助者がほとんど産婆になるのは、1942年以降である。

(14) 吉村典子『お産と出会う』勁草書房、1985年。

(15) 日本における公的医療保険の制度化が、他の先進工業国に比して、経済発展のかなり早い段階におけるものであったことを指摘したものとして、Kasza (2006) がある (Kasza, Gregory. *One World of Welfare: Japan in Comparative Perspective*. Cornell Studies in Political Economy, Ithaca: Cornell University Press. 2006, p.13)。

(16) 歴史制度論は、制度を「具体的な歴史的プロセスの遺産」と捉え (Thelen, Kathleen, *Historical Institutionalism in Comparative Politics*, *Annual Review of Political Science*. Vol.2: 369-404, 1999, p.382), 歴史すなわち時間軸を重視するアプローチであるが、とりわけ、政治における「タイミング」がどのように制度に影響を与えるかという問題に、注意を払う。例えば、ピアソンは、「ものごとの因果的連鎖 (“sequence”)」の中で、初期段階において起きた部分は、その後の段階において起きた部分よりも、より重要な影響を及ぼす」と述べている (Pierson, P. *Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics* *The American Political Science Review*, Vol.94, No.2. Jun., 2000, p.263)。本稿も、日本において出産給付が制度化されたタイミングに着目するが、それが工業化の比較的早い段階であったことは、歴史的偶然性 (“contingency”) の帰結であると捉える。

(3) 「決定的分岐点」としてのGHQ占領下の医療改革

このように、出産給付は定額金銭給付が主流となり、任意給付の現物給付は「自然消滅」するに至ったが、第二次世界大戦後に、出産が現物給付化される可能性があった第二の決定的分岐点を迎える。敗戦後のGHQ占領下における医療制度改革である。

1946年に設置された社会保険制度調査会は、社会保障制度要綱を答申し、出産に関しては「助産の給付」として「現物給付の他、一定額の現金給付をする」と、出産の現物給付を提言していた⁽¹⁷⁾。ところが、この答申はビヴァレッジ報告の影響を受け、究極的には国営の医療体制を目指しているとの理由から、構想は実現されなかった⁽¹⁸⁾。

一方、それと並行し、アメリカからは社会保障調査団が来日し、日本の社会保障制度全般について調査・報告がなされた。同団による報告では、分娩給付に関して「助産、その他必要な医療及び入院手当」は、「助産婦制度の下に与えられるので、特に医療給付をなす必要がない」、「出生に要する諸費用を支払うため現金給付をする事」と提言されていた⁽¹⁹⁾。

結局のところ、戦後直後に出産の現物給付化という代替経路が選択される可能性がありながら、既存の制度を維持するかたちで、再び定額金銭給付の給付が選択されることとなった。そして、決定的分岐点においてひとつび定額金銭給付が選択されると、その後、現在まで定額金銭給付制度は維持強化されることとなった。以下では、その「慣性」のメカニズムを説明する⁽²⁰⁾。

2 キャッチアップ型の「出産の施設化」とその「二重構造」

(1) キャッチアップ型の「出産の施設化」とその「二重構造」

戦後の決定的分岐点において出産の現物給付化が頓挫した一方で、1950年代から1970年代の20年という短期間に、日本は急速な出産の施設化——病院・診療所・助産所という施設内における出産に移行すること——を目の当たりにすることとなる。出産の施設化の第一の契機は、戦後直後におけるGHQによる誘導である。第二次世界大戦終了前後の日本では、出産はほとんどが家庭で、助産婦⁽²¹⁾の介助のもと（あるいは助産婦の介助もなく）行われていた。そのため、GHQの公衆衛生福祉局（PHW）がアメリカをモデルとし、病院施設において出産が医師の介助のもとに行われることを目標に掲げた⁽²²⁾。その目標の結果、10年間に於いて日本における出産は、急激に施

(17) 健康保険組合連合会、同上、1973年、37頁。

(18) 吉原健二・和田勝『日本医療保険制度史』東洋経済新報社、2008年、132頁。

(19) 米国社会保障制度調査団編『社会保障制度への勧告：米国社会保障制度調査団報告書』厚生行政研究会、玄同社、1948年、107頁。

(20) 歴史制度論は、政策を政治の帰結と捉える多元主義と異なり、制度や政策が個々のアクターの行動に影響を与える制度的拘束（structural constraints）に着目する。そして、政策の帰結として形成されるに至った既得権益集団が、既得権益の擁護を目的としてその政策・制度を再強化することを、「政策フィードバック効果（policy feedback effects）」と呼ぶ（Pierson, When Effect Becomes Cause: Policy Feedback and Political Change, *World Politics*, Vol.45, (4), July 1993, p.596）。

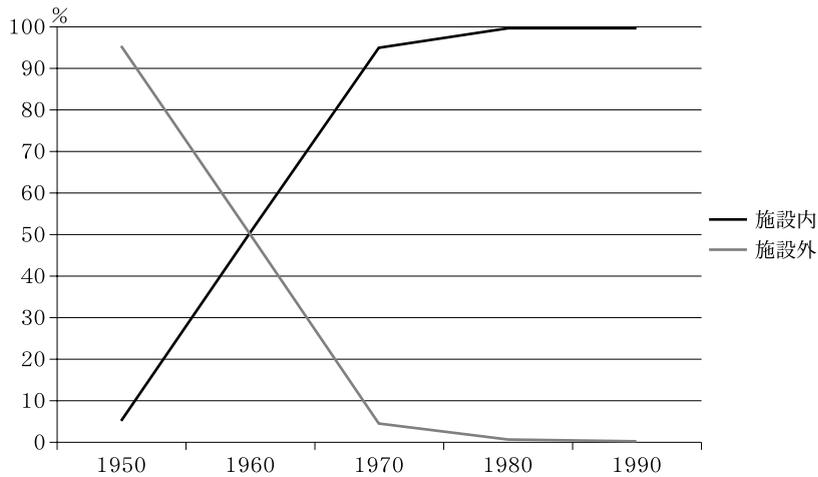
(21) 1942年に、国民医療法によって「助産婦」の名称が使用されるようになった。

(22) GHQによる出産の施設化への誘導は、大林道子『助産婦の戦後』勁草書房、1989年、第3章、24-41頁に詳しい。

設化されることとなった。1950年は家庭における出産の割合は9割以上であったが、1960年には、それは5割以下に半減し、病院・診療所および助産所という施設における出産の割合が、4割以上となった（図1）。

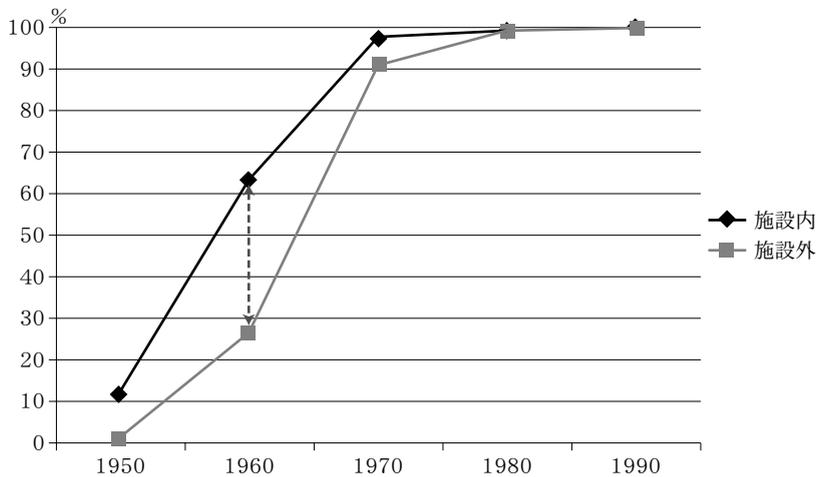
だが、出産の施設化が急速に進行していったものの、それがキャッチアップ的なものであったために、都市部と郡部でその進捗が異なるという、施設化の「二重構造」が形成された（図2）。一般に経済発展に関し、ゆるやかに工業化した先発工業国に比べて「キャッチアップ⁽²³⁾」的に工業

図1 日本における施設内出産・施設外出産の割合の変遷



(出典) 厚生省児童家庭局母子保健課『母子保健の主なる統計』2010年度版, 47頁。

図2 都市部および郡部における施設内出産の割合



(出典) 厚生省児童家庭局母子保健課『母子保健の主なる統計』2010年度版, 47頁。

(23) 末廣昭『キャッチアップ型工業化論—アジア経済の軌跡と展望』名古屋大学出版会, 2000年。末廣は、ガー

化した後発工業国においては、工業部門と農業部門、都市部門と農村部門、近代的部門と伝統的部門、資本主義的部門と最低生存部門、フォーマル・セクターとインフォーマル・セクターなどの異なる階層が併存することが、しばしば言及される。後年、有沢広巳がそのような特徴をそなえた日本の経済構造を「二重構造」と呼び、日本の経済構造は欧米先進国のように単一な同質な構造を持たず、いわゆる二種類の階層的な構造が併存すると指摘したことはよく知られている。

この二重構造は、出産の施設化についても該当した。すなわち、経済構造と同様、日本では急速に出産の施設化が達成されたのだが、それが工業化と同様に「圧縮的」なものであったが故に、都市部における施設内出産（病院・診療所・助産所）の割合は、同時期の郡部におけるその割合を大きく上回ることとなった。例えば、1950年の都市部の施設内出産は11.3%であるのに対し、郡部のそれは1.1%である。また、1960年の都市部の施設内出産は63.6%であるのに対し、郡部のそれは27%であった⁽²⁴⁾。

出産における二重構造に関しては厚生省も認識することとなり、例えば昭和37年度版・厚生白書『人口革命』においては、「最近、病院、医院、助産所などで行われる施設分娩は漸増傾向にあるが、35年においては市部64%に対し郡部は27%にすぎない。医師、助産婦の立会いによらない無介助分娩も郡部の方がはるかに多い」⁽²⁵⁾と報告された。市部においては半数以上が施設分娩に移行していた一方で、郡部においては、医師あるいは助産婦の介助のない自宅における出産も未だ多かったことが、ここから分かる。

急速に出産の施設化が進行したことは、その出産費用の構造にも大きな影響を与えた。つまり、病院・診療所における医師による助産と施設外における助産婦による助産との間の相違が、価格の面にも表れていた。政府は、分娩料金が出産場所あるいは地域によって大きく異なることを認識していたため、それぞれ慣行料金としていたものを一律に現物給付とすれば、「給付のアンバランス」⁽²⁶⁾があるとして、現物給付化への障壁の一つであると捉えていた。事実、1963年の参議院・社会労働委員会では、分娩介助料は、報告されているだけでも相違が大きく、「病院だとか診療所とか助産所とか、家庭で見られた場合の分べんの実費は8,000円、7,000円、6,000円、5,000円で平均すると6,000円ぐらい」であったり、「病院へ入院された場合の費用は9,700円ぐらい、あるいは診療所に入院した場合は7,900円、これはもう8,000円程度で」あったり、「助産所の場合は

シエンクロンの後発性理論をもとに、東アジア地域における後発的近代化を体系的に説明し、東アジアにおける経済発展のパターンを「キャッチアップ型」と称した。末廣によると、「遅れて工業化に乗り出した国、つまり後発国 (late comer)、後発工業 (late-starting industrializer) が採ろうとする、そして採らざるをえない工業化のパターン」が、「キャッチアップ型工業化」である（4頁）。ここでいう「後発国」とは、「あくまで工業化を開始したタイミングを問題としたネイミング」であり、すなわち、工業化の開始のタイミングを工業化のパターンの類型化にとって重要な要因とした。

(24) 厚生省児童家庭局母子保健課『母子保健の主なる統計』2010年度版、47頁。

(25) 厚生省編『人口革命・昭和37年度版』東京：大蔵省印刷局、1963年、13頁。

「無資格介助による分娩は特に東北地方の僻地に多い。そのかげには助産婦を頼む数千円の費用に困る貧しさがああり、さらには専門家の手を要する難産を恥として、妊娠中は食事を制限し、小さな胎児を楽に産むことを求めてきた因習のなごりなどが隠されている」。

(26) 衆議院予算委員会会議録、昭和36年3月1日。

7,300円をこえて」いたりなどと⁽²⁷⁾、その価格の差異が指摘されていた。

とりわけ、二重構造が解消されていなかった1960年代は、出産が未だ相互扶助的な意味合いが色濃い地域も残っており、助産に対する報酬は標準化されていなかった。例えば、1961年当時、ある地域では助産婦が請求していた助産料金は4,500円ほどであったが、支払えない人々が2,000円から3,000円を払うのに対し、一般的には5,000円ほど「包んで」持っていくのが慣行であったという。その他に、関西地方などでは「赤い御飯でお魚をつけて助産婦に6日目に食べてもらう」⁽²⁸⁾というような慣習も残っていた。

このように、二重構造の解消過程にあった1960年代は、正常分娩を現物給付にしようとする動きに対しては、「給付のアンバランス」があるとの理由から、出産形態が標準化された後に現物給付化されるべきだ、というのが当時の見解であった⁽²⁹⁾。

3 正常分娩の診療報酬点数化への日本母性保護医協会の抵抗

(1) 日本母性保護医協会と母子健康センター

厚生省が1950年代後半当時、出産の二重構造に関して問題意識を持っていたことは既に述べたが、同省は1958年、農村部における乳幼児死亡率、新生児死亡率、妊産婦死亡率の改善を目的として、「助産婦による助産」を主とした母子健康センターを全国に設置した⁽³⁰⁾。母子保健法（昭和40年法律第141号）の制定によって、その設置に対する法的基盤を得た母子健康センターは、1964年までに全国設置総数は全体で341施設、翌年度には404施設となった。これが、日本における出産の施設化を誘導した第二の契機である。

母子健康センターの設置によって、郡部における助産所での出産の割合は、1960年から1970年にかけて、4.8%から15.9%へと急速に増加した⁽³¹⁾。それと同時に、その10年間に郡部における診療所での出産の割合は9.8%から37.8%へ、病院のそれは12.5%から37.5%へと増加している。全体として、郡部における施設内出産は、1960年から1970年の10年という短い間に、27%から91.2%へと急激に増加することとなった。こうして、母子健康センターの設立を契機に、1960年から1970年の10年という短い期間において、全国の施設内分娩は50%から96.1%へ増加し、1970年には二重構造は限りなく解消に近くなった⁽³²⁾。

だが、1970年代までの二重構造の解消過程において、郡部の出産の施設化を促進した要因でもあった「助産所における助産」の増加が、産科医の利益団体である日本母性保護医協会との間で摩擦を生じさせ、そのことが出産の現物給付化への変革をめぐる政治過程に大きな作用を与えること

(27) 参議院社会労働委員会会議録，昭和36年5月30日。

(28) 衆議院予算委員会会議録，昭和36年3月1日。

(29) 同上。

(30) 母子健康センターの設置および衰退過程は、中山まき子『身体をめぐる政策と個人：母子健康センター事業の研究』勁草書房，2001，に詳しい。

(31) 母子健康センターにおける出産は、「助産所」における出産に分類される。

(32) 厚生省児童家庭局母子保健課，前掲，47頁。

になった。ここで、今一度GHQ占領下に時間軸を遡りたい。

GHQ占領下の1948年、戦後初めての議員立法として、人工妊娠中絶を合法化した優生保護法が成立したことは、周知の事実である⁽³³⁾。都道府県の医師会によって指定された「指定医」が行った人工妊娠中絶のみを合法とした優生保護法案は、日本の人口膨張を懸念したGHQ側と、人工妊娠中絶の権利を医師に掌握させることを目的とした産科医、とりわけ当時参議院議員であった産科医・谷口弥三郎側との双方の利害関係が一致したことにより、国会を通過したという経緯があった⁽³⁴⁾。同法案の成立後、各都道府県には、優生保護法の指定医によって構成された母性保護医協会が設立されていたが、日本母性保護医協会は、翌年の1949年、谷口弥三郎を会長に上位組織として設立されたものである。日母の記録にも、「日母は優生保護法第12条による指定医師をもって組織されており、「特に本会を構成する指定医の指定は都道府県の区域を単位として設立された社団法人たる日本医師会に委ねられているところに、本法が指定医の身分法としての重大な特異性をもっている」（傍点原文ママ）とあるように、日母が優生保護法の成立によって組織化されたものであることが分かる⁽³⁵⁾。

日母は、指定医をもって組織化された産婦人科医団体であると同時に、その構成員の大部分は開業産科医が占めており、学術志向であった日本産科婦人科協会（通称・日産婦）と異なり、開業産科医の社会的立場の向上を目的として活動していた⁽³⁶⁾。同時に、開業産科医が多くを占めていた日母は、当時参議院議員であった谷口の「選挙母体」としても活動していた⁽³⁷⁾。日母の機関誌の『母性保護医報』においては、『谷口弥三郎後援会』の設立をみてより、ここ半歳、各都道府県にも漸次、支部が結成されている。谷口会長も特に意気軒昂であり、「各位の御支援を衷心より期待して止まない」として谷口への支援を呼び掛けているように、谷口の選挙関連にまつわる報告も少なからずを占めていた。谷口弥三郎は、日本医師会会長（1950-1952）を務める一方、参議院議

(33) 1948年の優生保護法の成立の経緯については、以下を参照されたい。Norgren, Tiana. *Abortion before Birth Control: The Politics of Reproduction in Postwar Japan*, Princeton University Press, 2001, 荻野美穂『「家族計画」への道—近代日本の生殖をめぐる政治』2010年、岩波書店。

(34) 谷口弥三郎が主導的に同法を草案したことは、日母副会長であった久慈直太郎の以下の発言から分かる。「そうしている中に、谷口君が参議院議員に立候補して当選した。議員になったら直ちにこれに手をつけた。そして優生保護法というものが国会を通過した次第です。」（『母性保護医報』第71号、昭和31年2月20日）。また、1947年2月に医学雑誌『産婦人科の世界』に掲載された匿名座談会では、以下のように述懐されていた。「しかしこれは婦人科医の総意を代表して谷口博士がやったというふうに解して行くべきじゃない。「また事実そうじゃないんで、われわれも何もやってくれと申し入れたわけでもない」、婦人科医の総意というのではなくて、今度の新しい国会において、とにかく谷口参議院議員による議員提出の法案ということで通過したという、その意味での功績」である（第1巻・第2号、昭和24年5月、26-38頁）。

(35) 日本母性保護医協会編『三十周年記念誌』1980年、29頁。

(36) 例えば、「日産婦運営のあり方、開業医を理事に加えよ」との日母会員の学会評議員会の発言では、「従来からの日産婦のあり方は大学教授のみによる学術至上主義に走り過ぎてはいないだろうか、会員の大多数は開業医である。学問の重要性は勿論だが開業医の切実な問題にどう取り組んで行くか」、「臨床医家の社会的地位の向上にはまだまだ物足りない。この新天地開拓のための社会的見識の高い開業医を理事に加えるべきではないか」と提案されている（『母性保護医報』、第176号、昭和39年4月20日）。

(37) 事実、日母事務所は、本郷赤門前において谷口弥三郎後援会事務所、日本母性保護医協会と兼用していた（『母性保護医報』第136号、昭和36年9月20日）。

員を3期務め⁽³⁸⁾、日母は産科医の組織票を得ることで利益団体として政策決定過程に一定の影響力も持ち得ていた⁽³⁹⁾。

さて、日母と母子健康センターとの間に摩擦が生じていたというのは、母子健康センターが増加していた1960年代から1970年初頭にかけて、同センターの分娩管理の質およびその価格に対して、日母が厳しく批判をしていたことが背景にあった。というのも、同センターにおける助産がトラブルを誘発していたのみならず、分娩の価格が医師のそれよりも極めて低く抑えられていたことに大きな要因があった。日母の会員は、その点について、事実、以下のように「低廉価」・「廉価」であると批判していた。例えば、愛知県支部のある日母会員は、同センターについて「税金でまかなわれ町の権力でPRされた低廉価の助産所であるとは、うかつにも思って」おらず、「一週間一万円内外の入料料と、町中の助産婦を集めた役場の強引なやり方は、医師が扱うべき以上患者をも引っ張ろうとして、あきらかに母子の健康管理から逸脱して」いると述べている⁽⁴⁰⁾。同じく、群馬県支部のある日母会員は、「分娩についても各地に雨後の筍のように母子センターが簇出して、医業を圧迫しつつある現状」であり、「元来母子センターの本旨は、妊産婦の保健指導である」はずであるのに、「恰も助産所のごとき趣を呈して、分娩を廉価で取扱う所に化しつつある実情だ」と述べ、母子健康センターの目的は、「助産婦救済」であると批判していた⁽⁴¹⁾。

こうした批判の背景には、「医業が圧迫」されるとの表現で明らかなように、診療所よりも低価格で助産を行う母子健康センターの増加によって、産科医が自らの職域を侵食されると認識していたことがあったのも否めないであろう。だが、いずれにしても、その後母子健康センターは日母や日本医師会の批判を受け、「助産部門」を併設しない「保健指導部門」に特化した施設となり、最終的にはその事業そのものが縮小することとなった⁽⁴²⁾。そして、1970年には郡部において15.9%あった助産所における出産も、それをピークに1980年には6.1%に減り、郡部・市部を合わせた全国における助産所での出産は3.8%にまで減少する結果となった⁽⁴³⁾。

(2) 児童福祉法による「助産施設への入所措置」の適用範囲の拡大

このように、助産婦によって「低価格」で助産が行われる母子健康センターの存在を批判した日母であったが、日母が危惧していた「助産所における助産」の主流化は、1970年前後、児童福祉法による「助産施設への入所措置」の適用範囲を拡大する要求が高まるにつれ、現実味を帯びることとなった。というのも、当時、同法の入所措置の適用範囲を拡大することによって、助産所における助産を主流化させ、実質的に出産の現物給付化を推し進める動きがあったからである。その背

(38) 3期目の昭和31年の参議院選挙からは、自民党の全国区公認候補となった（それ以前は、熊本県地方区）（『母性保護医報』第76号、昭和31年7・8月合併号）。日母を構成している産科医の組織票で当選していることについては、日本母性保護医協会『二十周年記念誌』1970年、南山堂、196-197頁を参照されたい。

(39) 1960年以降は、後述する日母の松浦鉄也が日本医師会の常任理事になり、日医内に「優生保護法委員会」を設置するなど、谷口の時代より、日本医師会との連携を活性化させた（『二十周年記念誌』203頁）。

(40) 『母性保護医報』第216号、昭和43年6月1日。

(41) 『母性保護医報』第224号、昭和44年2月1日。

(42) その過程は、中山、前掲、112-146頁に詳しい。

(43) 厚生省児童家庭局母子保健課、前掲、47頁。

景には、ILO条約第102号の「社会保障の最低基準に関する条約」の批准をめぐって、出産の現物給付化の政治問題化があった⁽⁴⁴⁾。

1976年のILO同条約の第8部「母性給付」は、出産給付に関して、第一に、出産に対して現物給付であること、第二に、本人の費用負担を認めないこと、を定めていた。ところが日本はこの条件を満たしていないことから、同条約の批准の見込みがなく、批准をめぐって出産の現物給付化は政治の争点となっていた。1968年には、時の厚生大臣の園田直が、総評、同盟、新産別、中立労連の労働四団体代表の申し入れを受け、出産の現物給付化を検討した⁽⁴⁵⁾。また、野党も分娩給付の保険および公費負担について議論を繰り広げていた。だが、その後「園田構想」は頓挫し、出産の現物給付化が見送りになった直後には、労働団体が再び申し入れをするなど、事態は大きく揺れていた⁽⁴⁶⁾。

こうした中、野党からは、児童福祉法にある「経済的理由により入院助産を受けることのできない妊産婦の助産施設への入所措置」の「経済的理由」の適用範囲を拡大させることで、正常分娩を実質的に現物給付とし、第8部「母性給付」の条件を満たそうとする動きが出てきた。児童福祉法（昭和22年法律第164号）とは元来、1947年、戦災孤児対策や浮浪児その他の児童保護などの応急措置を目的として成立した法律である。同法の「助産施設への入所措置」（第22条）では、都道府県、及び福祉事務所を設置する市町村は、福祉事務所の所管区域内における妊産婦が「保健上必要があるにもかかわらず、経済的理由により、入院助産を受けることができない場合において、その妊産婦から申込みがあったときは、その妊産婦に対し助産施設において助産を行わなければならない」ことが定められていた⁽⁴⁷⁾。

日母が、児童福祉法の「入所措置」問題に対し危機感を募らせていたのは、入所措置の適応範囲が「経済的理由」をもって拡大された場合、実質的に正常分娩の現物給付化が実現される可能性があったことである。当時、日母はその動きに関し「一部政党によって『出産を無料にする運動』としてその適用範囲の拡大と普及について大衆運動の形で拡がってきている」⁽⁴⁸⁾と言及していた。そして、入所措置の適応範囲を「D1階層（所得税800円以下）」にまで広げると、「全妊婦の85%がこれに該当」する、との見通しを立てていた。その場合、「保険における現物給付をまたなくても大多数の妊婦の現物給付は実現してゆくことになる」可能性があることから⁽⁴⁹⁾、日母は統一見

(44) 『朝日新聞』東京・朝刊、1960年10月2日、「政府、社会保障で窮地 ILO102号批准、問題に」。その結果、1961年（昭和36年）には、分娩費の最低額保障を定めた規定を含む健康保険法の改正がなされたが、現物給付には至らなかった（健康保険組合連合会、同上、1973年、78頁）。

(45) 『朝日新聞』昭和38年4月25日、朝刊。

(46) 『朝日新聞』昭和43年8月20日、朝刊。

(47) 経済的理由とは、(1) 所得税が別に市長が定める限度額以下の場合、(2) 産科病院又は助産所の入院費用の全部又は一部を支払うことができない場合、と定められた。

(48) 『母性保護医報』第257号、昭和46年10月1日。同じく、同報では児童福祉法を野党が「利用して“お産を安く”とか“お産をタダで—”というようなキャッチフレーズを使い、分娩の低医療化で大衆の人気をとり、党勢の拡張に利用しようと運動を始め」、「法律の本義をまげて、その拡大推進を計りはじめてきた」と報告している。

(49) 『母性保護医報』第246号、昭和45年11月1日。

解として、同法の入所措置に協力するならば所得税を全く納めていないA、B階層を対象を絞るべきである、と表明していた⁽⁵⁰⁾。

爾来、日母は、正常分娩の現物給付化が実現された場合、診療報酬の点数は「助産婦レベル」に極めて低く抑えられるようになる、との確信を強めていくようになった。例えば、1971年に中央社会保険医療協議会（中委協）の委員に選出されていた日母幹事・木下二亮は、診療報酬体系に組み込まれた際に「助産婦レベル」になることを、次のように危惧していた⁽⁵¹⁾。つまり、皆保険制度の下で国民は「大した現金の準備を必要とせず」に「医師の門をくぐる」ことに「馴れてしまった」。そのため、『お産の時も保険証一枚あれば』という単純な希望がおこる。だが、その際に問題となるのは、「児童福祉法の措置入院分娩で明らかのように」、給付の水準が「助産婦レベルにおかれる可能性が高い」ということだった。言い換えると、「医師の技術料が保険で支払われ」た場合、それは「必ず定額」になり「しかも最低」で、「助産婦レベルで統一」されることになる。したがって、「専門医が管理している所で分娩をすることの価値が認められない」、というものであった⁽⁵²⁾。

たとえ産科医が分娩管理した場合であっても、その技術料が「助産婦レベルで統一」されると日母が認識していた根拠は、児童福祉法に規定されている助産施設が「病院と助産所」となっていたことに由来する。というのも、助産所とは、母子健康センターのように助産婦が主体となって助産を行う「助産婦による助産」の施設であるが、一方の「病院」に関しても、日母は「医師による助産」を行う場ではない、と考えていたからである⁽⁵³⁾。なぜならば、規定は「病院における医師を中心とした出産管理体制を認めているかのような錯覚をおこしやすい」が、「その分娩料の算定基準を見ても『病院という建物の中における助産婦単独管理による出産』と認めているに過ぎない」⁽⁵⁴⁾からであった⁽⁵⁵⁾。

日母の見通しとしては、「病院という建物」における「助産婦単独管理による出産」が推進された場合、分娩介助料が、病院においても助産所においても「画一的な6,500円（助産婦による居宅分娩料の平均）しか認め」⁽⁵⁶⁾られない。なぜなら、「厚生省の某高官」によると、「法的に助産婦の単独管理でもよいことになっている正常産の分娩料が医師が手術室で行なう虫垂炎の手数料を上回るとは考えられない」からであった⁽⁵⁷⁾。

50) 『母性保護医報』第257号、昭和46年10月1日。

51) 『母性保護医報』第246号、昭和45年11月1日、木下、同上。

52) 『母性保護医報』第255号、昭和46年8月1日。

53) そもそも、「病院と助産所」となっていたことから、既述のように産科診療所の経営者が大多数を占めていた日母の会員の多くは、それに該当しないこととなった。

54) 『母性保護医報』第246号、昭和45年11月1日。

55) 近年においても、厚生省医政局看護課が、病院内において「正常経過の妊産婦のケア及び助産を助産師が行うものとして「院内助産所」を推進している（厚生省医政局看護課「院内助産所・助産師外来について」2009年11月4日。<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/11/dl/s1104-3j.pdf>（2013年8月13日アクセス）。

56) 『母性保護医報』第246号、昭和45年11月1日。

57) 同上。

こうした前提から、「出産費が現物給付扱い、即ち点数制になった」暁には、「独立採算制の総ての産科施設は、人材も資材も縮小して、少数の関係者が手薄のまま大した準備もない分娩介助を行うことにな」る⁽⁵⁸⁾。その結果、「出産の現物給付によって引きおこされることが予想される低医療費は、必然的に『出産管理体制の質の低下』ということにな」る、と日母は判断していた。これらの事情を踏まえ、日母は児童福祉法の入所処置問題に際し、正常分娩の現物給付化に反対を唱え、働きかけることになったのである。

(3) 正常分娩の診療報酬点数化への日母による抵抗

1970年前後は、既述のようにILO条約第102号の批准をめぐり、出産の現物給付化への要求が最高潮に達した時期であったが、1971年、日母内には「分娩給付対策委員会」が設置された⁽⁵⁹⁾。同年度の支部長会では、日母各支部から日母の「決意」を決議文として発表するよう「緊急動議」があり、満場一致で、次のような「入所助産に対する基本三原則」という決意表明が発表された⁽⁶⁰⁾。第一に、正常出産に関しては「原則的には現金給付方式であるべきである」（傍線引用者）。第二に、「児童福祉法による現行措置分娩方式の拡大には反対である」。第三に、「低額の産科医療は母子保健の質の低下を来すものであり、産科医療のレベルダウンが如何に危険なものであるか。（中略）これを主張するのは産科医の義務である」。この三原則に加え、児童福祉法に基づく「産科医の存在を考えない入所助産方式」に対して、「入所施設の新規指定を拒否し、既に指定を受けている施設は速やかに辞退する」ことを徹底することになった。

当時の政治状況は、国民皆保険の達成後に本格化していた医療保険の抜本改正議論をめぐり、日本医師会と厚生省の対立が先鋭化していた時期であった。武見太郎を会長に据えた日本医師会は、1971年7月、保険医総辞退を執行していた。これを受け、同月には厚生大臣の斉藤昇と日医会長の武見の対談が設定され、総辞退は取捨された。これに伴い、翌月には中医協も半年ぶりに再開されたが、日本医師会は推薦委員5人を一新して参加することとなった⁽⁶¹⁾。この推薦委員は武見の「一任」で決められたが⁽⁶²⁾、日母からも選出され、日母理事の木下二亮、松浦鉄也が委員となった。日母としては、木下・松浦両者の人選に関し、『抜本改正』が進められるに従って、『分娩は公費負担』という国民福祉の大名題（原文ママ）が検討されるであろうから大いに其の面で十分に意をつく⁽⁶³⁾すことが求められていた。既述のように、日母と日本医師会との連携は武見と松浦の関係により円滑に進んでいたが、この抜本改正に際し、日母は日本医師会を通じて『保険の出産給付は現金給付の増額以外にない。』という主旨を国会人（原文ママ）に十分徹底することとなった。1973年に成立した健康保険法改正案では、本人分娩費の最低保証額及び配偶者分娩費が引き

(58) 『母性保護医報』第235号、昭和44年12月1日。

(59) 『母性保護医報』第253号、昭和46年6月1日。

(60) 『母性保護医報』第254号、昭和46年7月1日。

(61) 日本医師会創立50周年記念事業推進委員会記念誌編纂部会編『日本医師会創立記念誌：戦後五十年のあゆみ』1997年、122頁。

(62) 『日本医師会雑誌』第66巻4号、昭和46年8月15日、453頁。

(63) 『母性保護医報』第255号、昭和46年8月1日。

(64) 吉原健二・和田勝、前掲、214頁。

上げられ⁽⁶⁴⁾、日母の主張通り、定額金銭給付の増額をもって既存の制度が維持されることとなった。

4 定額金銭給付金の増額と制度の現状維持

このように、1970年代は抜本改正という難局にあつて正常出産の現物給付化を防いだ日母であったが、正常分娩の分娩管理に対する診療報酬による点数評価は、「低く」見積もられることが予測されるという構図は、1980年代以降になつても、同様であった。というのも、1980年代は一方で分娩の医学管理化が進行しながら、正常分娩に対する政府の認識は「出産は『生理現象』であり『自然にしていれば経過する現象』」というものであり、そこにますます大きな乖離が生じるようになったからである。

1980年になると、「二重構造」はほぼ完全に解消され、1970年に郡部において15.9%あつた助産所における出産の割合も、それをピークに1980年には6.1%に減り、病院・診療所における出産の割合は、全国で95.7%にまで増加した⁽⁶⁵⁾。つまり、1980年には、病院および診療所における医師による介助という形態に完全に移行した。そうした中、1980年代以降は、分娩監視装置を用いたNST (Non Stress Test) やパルスドプラ法などが一般化するなど、妊娠分娩管理が一層、医学管理化されていった。

ところが、出産の医学管理化が進もうとも、ひとたび診療報酬が点数化されれば、「正常分娩は自然現象」であるとの前提に基づき、1960・70年代と同様、その点数が極力抑えられるであろうこと、そしてその場合、結果として医学管理化された実態と点数との間に極めて大きな乖離ができるということは、日母にとって自明のことであつた。事実、施設外出産の割合が全国で3.9%となつた1970年以降でさえ、助産は「助産婦による取り上げ」であるという応答は、政府レベルで揺らいでなかつた。例えば、1975年の衆議院外務予算委員会では、厚生省の政務次官は、「助産婦さんが来て取り上げるんですけども」、「電話をかけて助産婦さんが来て、取り上げて産湯を使つてすぐ帰るというものが果たして医療のカテゴリーに入るかどうか」と発言している⁽⁶⁶⁾。そして、助産は「いわゆる医療行為ではない、医療類似行為と申しますか、いわゆる助産婦による取り上げ」として、「医療類似行為」であるとの答弁がなされていた。こうして、正常分娩が診療報酬点数化されることに利点を見いだせない日母は、1980年代以降も、一貫して正常分娩の現物給付化には反対の姿勢を崩さなかつた。

2000年代は、産婦人科医不足から周産期医療の労働環境が悪化し、とりわけ2008年には、妊婦搬送問題や看護師内診問題に対する警察介入問題が生じ、閉鎖を余儀なくされた診療所が増加するなど、周産期医療をめぐる状況は一変した。そして、この状況の変化が、日本産婦人科医会（前・日母）による現物給付化への反対をより一層、強固なものにしたのだが、その主張は、多額の人件費を投入して高度な医学管理を行っている正常分娩に対し、現物給付化すれば、分娩管理の質が低

(65) 厚生省児童家庭局母子保健課、前掲、47頁。

(66) 衆議院外務委員会会議録、昭和50年6月26日。

下する、というものであった。正常分娩であれ、既述のように分娩管理が高度化されれば、技術料もそれに比例して高くなるのが必然であるはずのところを、出産は「自然現象」であるとの認識による診療報酬点数化は、実態と乖離し、分娩管理の質が低下せざるを得ないと認識していたのである。

例えば、日産婦医会は2001年に次のような見解を示している。正常分娩は「高レベルの包括的医学管理が必要」であるが、その必要ため、「多額の人件費」を払い、「高額な医療機器を備えて」きた。したがって、そうした正常分娩に対し、「現行の診療報酬点数表で評価することは不可能」であり、「現物給付となれば、医療側は医学的事項だけに対応し、快適性へのサービスは疎かになる」⁽⁶⁷⁾。

2008年は、民主党政権による「出産の無料化」・「現物給付化」も提案されたが、「出産育児一時金に関する意見交換会」⁽⁶⁸⁾において、日産婦医会の会長は、正常分娩が保険適用でない理由に関し、第一に、かつての分娩管理と異なり、それが高度化していること、第二に、長時間を要する場合もある分娩管理の「連続性」を診療報酬点数は適性に判断できないこと、を挙げた。第2点目に関して、会長は、「正常分娩というのは、物すごく時間がかかる」、「ある人は48時間もかかる。（中略）とにかく、その48時間待っている間、診療所としては、ずっと監視し続けなければならない」、「その小さな診療所は、1人だけでそれをやっているわけで、その48時間なら48時間」監視するが、「連続的なものに対する評価が全く行われていない」点を、評価になじまないと指摘した。

日本における出産の約半分は診療所において取り扱われていることは周知の事実であるが⁽⁶⁹⁾、少なくない産科診療所が閉鎖を余儀なくされてきている昨今、正常分娩の現物給付化がなされた場合、現場の混乱が予測された。こうした事情にあって、2008年においても、定額金銭給付という既存の制度を維持することが最優先されることとなった。

おわりに

以上において、本稿は、分娩に対して医療保険から定額金銭給付が支給されるこの仕組みが、1922年以来、原則的に変化していないことを指摘し、その慣性のメカニズムを説明してきた。今後、出産給付がどのような形で行われるべきかについては、さらなる検討を要する。つまり、昨今改めて高まってきた「正常分娩」の保険適用への要求が、果たして母子あるいは医療従事者にとってよりよい選択肢であるか—母子の安全にとってよりよい結果を生むか、医療従事者の労働条件にシワ寄せが来ないか等—、現代日本において現実的であるか、については多角的に検討する必要がある。

(67) 「妊娠・分娩・産褥の療養給付と現金給付」日本産婦人科医会常務理事・佐々木繁、平成13年10月15日。
<http://www.jaog.or.jp/sep2012/JAPANESE/MEMBERS/TANPA/H13/0111015.htm> (2013年8月13日アクセス)。

(68) 厚労省、平成20年11月27日出産育児一時金に関する意見交換会議録。1994（平成6）年からは、育児一時金と分娩費が一本化された「出産育児一時金」が支給されている。<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/11/s1127-13.html> (2013年8月21日アクセス)。

(69) 病院が総分娩件数の51.8%、診療所が47.9%を占めている（厚労省『母子衛生の主なる統計』2010年度版）。

むろん、正常分娩の現物給付化は目指すべきところであるのも確かではあるが、急激に現物給付化を行った場合の負の側面にも目を向ける必要があるだろう。例えば、既に産婦人科医不足は深刻化しているが、一律に正常分娩を現物給付化した場合、人員不足に拍車がかかり、出産の「ケア」の部分が手薄になる恐れはないか。また、人件費のより安い医療従事者（例えば准看護婦）で補うことによって、それらスタッフに過労というしわ寄せが来ることも予想される。

最後に、さらなる議論の活性化のため、以下の意見を参考に記したい。正常分娩は診療報酬になじまないとの産科医の意見に対し、実際のところ、医療機関によって分娩管理の内容・質には相違があり、それを診療報酬点数によって画一的に評価することは現実的に困難である、との臨床現場からの指摘がある⁽⁷⁰⁾。また、現在、保険診療の場合3割自己負担となっているが、現物給付化せずとも、出産育児一時金は、出産費用の約7割を実質的にカバーしているとの指摘もある⁽⁷¹⁾。以上の点を踏まえ、出産給付のありかたは、医療従事者の労働条件や安全性の追求を多角的に検討された上で、決定されることが望まれる。

(おおにし・かよ 独立行政法人国立成育医療研究センター研究所政策科学部研究員)

(70) 社会福祉法人恩賜財団母子愛育会総合母子保健センター愛育病院元院長・堀口貞夫氏（主婦会館クリニック）インタビュー（2013年8月8日）。例えば、堀口氏によれば、(A) 同じ産婦人科であっても、婦人科に重点が置かれた医療施設のケース、あるいは婦人科のスタッフが産科の分娩に携わっているケースと、(B) 産科の専門スタッフが分娩に携わるケースとでは、両者の分娩管理に相違があることは事実であり、その点についても、画一化できない理由がある。

(71) 堀口氏、同上。例えば、中林正雄・佐藤仁による「安全な妊娠・分娩のために必要な費用」（2005）によると、正常な妊娠、出産に必要な経費は、約58万円（人件費・直接経費・間接経費および諸経費）であり、これに、安全性と快適性を確保するための労務人件費を加算すると、正常な妊娠、出産、産褥までの経費は、約69万円必要であることが報告されている（厚生労働省科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業「産科領域における安全対策に関する研究」主任研究者・中林正雄、平成17年4月）。前者の場合、7割の40.6万円は、当時の出産育児一時金39万円によっておおそカバーされることになる。