

# 〔日本産科婦人科学会各種専門委員会報告〕 産婦人科診療における現物給付と現金給付について

日本母性保護産婦人科医会  
社保担当幹事  
日本大学医学部産婦人科講師  
栃木 明人

## はじめに

我が国の医療保険給付の仕組みには、疾病に対して医療機関から医療サービス（療養や療養費の給付）を提供される現物給付と、出産・育児一時金などのように受給権のある人が一定の手続きに従って申請・請求することによって現金で受給権者に支給される現金給付とがある。この医療保険制度は主に被用者保険（社会保険）と国民健康保険（国保）に分けられる。

## 現物給付

主として、療養の給付・療養費の給付（保険の給付）でいわゆる医療機関での診療費で、医師および歯科医師が診療の必要があると認められる疾病又は負傷が対象となる。

### 1. 保険給付の対象

- 1) 被保険者（本人）の業務外の事由による疾病、負傷、死亡、分娩
- 2) 被保険者家族の疾病、負傷、死亡、分娩
- 3) 給付の対象外
  - (1) 美容医療・歯列矯正
  - (2) 健康診断
  - (3) 予防医療
  - (4) 正常妊娠・正常分娩
  - (5) 給付の対象とならない人工妊娠中絶
  - (6) その他、スクリーニングや研究が目的とされるもの

### 2. 給付の制限

- 1) 故意の犯罪行為により又は故意に事故を起こした時
- 2) 闘争、泥酔又は著しい不行跡により事故を起こした時（全部又は一部不支給）
- 3) 少年院又は監獄等にいる時
- 4) 正当な理由がなく療養の指揮に従わないもの（保険者の裁量により一部不支給）
- 5) 第三者による災害（自動車賠償など）

### 3. 療養給付の範囲

- 1) 診療
- 2) 薬剤又は治療材料の支給
- 3) 処置・手術その他の治療
- 4) 居宅の療養
- 5) 病院や診療所への収容
- 6) 看護の提供

### 4. 給付の割合（平成10年5月現在）

## 1) 社会保険

- (1) 被保険者（本人）：外来 8 割，入院 8 割
- (2) 被保険者家族：外来，入院共に 7 割

## 2) 国民健康保険

世帯主・世帯員（家族）外来，入院共に 7 割（但し，給付割合が異なる組合がある）

## 5. 給付の期間

転帰まで。但し退職後の継続療養は診療開始日より 5 年間

**現金給付**

給付の形態から，現金で支払われるもので，受給権のあるものが一定の手続きに従って申請・請求することによって現金で受給権者に支給される。

## 1. 現金給付の対象

## 1) 療養費

- (1) 保険証を提示せず自費で受診した場合，(2) 移送費，(3) 治療用装具，(4) 施術師による施術料など

## 2) 高額医療費

## 3) 傷病手当金，出産手当金

出産手当金：被保険者が分娩した時，分娩前 6 週間（多胎妊娠の場合は 14 週間），分娩の日以降 8 週間以内において業務につかなかった期間に対して，1 日につき標準報酬日額の 60/100 に相当する金額が支給される。しかし，分娩に関し病院又は診療所に保険扱いで入院した時は，保険入院期間は傷病手当金の対象となり支給額は 1 日につき標準報酬日額の 60/100 となる。但し，出産手当金と傷病手当金が競合した時は出産手当金が優先する。なお，退職後 6 カ月以内に分娩したものについても支給される。

## 4) 埋葬料，埋葬費

## 5) 分娩費，出産・育児一時金

被保険者が分娩した時に，分娩 1 児につき 30 万円が支給される。

被扶養者である配偶者が分娩した時は，分娩 1 児につき 30 万円が出産・育児一時金として支給される。なお，共済組合では出産費として，国民健康保険では助産費として都道府県市町村の条令によって定められた額が支給される。

支給の条件は，生産だけに限らず妊娠 12 週以降の流産，死産，早産の場合も支給されることになっている。

**産婦人科診療における診療報酬の特徴**

産婦人科の診療報酬には，保険給付の対象となるものと，自費（給付外）のものが混在し，複雑であるため，その基準を正確に理解して日常診療にあたる必要がある。婦人科疾患に関しては，他科と同様の保険の給付の規定と考えてよいが，産科では，正常の妊娠は疾病ではなく，生理的な身体条件であると考えられているため診察や検査の結果，異常所見を認めて初めて保険給付の対象となる。

## 1. 初診料の算定

患者の傷病について，医学的に初診といわれる診療行為があった時に初診料を算定する。すなわち，患者から保険証を提示され，体の異常を訴えられて診療を行った場合，初めて保険診療が開始され，初診料が算定できる。

- 1) 保険で初診料が算定できる場合
  - (1) 患者が違和を訴えて診療を求めた場合
  - (2) 総合病院では各診療科ごと
  - (3) 患者が自分の判断や都合で勝手に診療を中止し、1カ月以上経過した後に、再度診療を受けに来た場合
- 2) 保険で初診料が算定できない場合
  - (1) 保険医療機関で、労災保険、自費などで保険給付対象外の傷病の治療を外来、入院で受けている期間
  - (2) 傷病を自費で診療し、その後、同一傷病で保険診療に切り換える場合
  - (3) 妊娠か否かの診断を求められた場合
  - (4) 自覚症状がなく、健康診断を目的とした場合

2. 再診料の算定

再診料は、再診のたびごとに算定できる。同一日に2回以上再診を行った場合でも、その回数算定できるが、この場合請求明細書の適用欄に「同時でない」ことを注記する必要がある。

しかし、入院中の患者に入院を必要としない他の傷病が発生し、保険給付の対象となる診療を行っても再診料は算定できない。また、初診、再診の時と一連の診療行為とみなされる場合には、再診料も算定できない。

初診、再診の時と一連の診療行為とみなされる場合

- 1) 初診、再診の際に行った検査結果だけを聴きに来た場合
- 2) 往診の後で、薬剤を取りに来た場合
- 3) 初診、再診の際、手術の必要を認め、一旦帰宅し、後刻手術を受けに来た場合

3. 妊婦が疾病に罹った場合の診察料

妊婦が疾病に罹り、異常を訴え定期健診日以外の日には保険の診療を受けた場合には、再診料を算定する。また、定期健診日に何ら異常を訴えず、健診の結果治療を必要とする疾病が判明し、保険で治療を行う場合は初診料、再診料も算定できない。

定期健診を受けている妊産婦が疾病に罹った場合の診察料を整理すると

- 1) 妊産婦に妊娠・分娩と関係のない疾病が発生し、療養（保険）の給

(表1) 正常分娩と異常分娩との境界  
(分娩各因子の正常・異常の区別)

因子	正常	異常	
		境界部分	
母体の全身状態	良好	不良	
分娩の時期	正期産	過期産	流産・早産
児の数	単胎	多胎	
児の発育	成熟	子宮内発育遅延	低出生体重
分娩児の胎位	頭位	骨盤位	横位
児頭の回旋	前方後頭位	いわゆる回旋異常	分娩停止を伴う回旋異常
C.P.D.の有無	無	有	
胎盤附着部位	子宮体部	低置胎盤	前置胎盤
分娩開始	自然	陣痛誘発*	
陣痛	順調	微弱・過強・痙攣陣痛	
破水	適時	早期破水	前期破水
臍帯の下垂・脱出	無	有	
分娩状態	自然	人工(吸引分娩・鉗子手術・骨盤位牽出術など)	
分娩様式	経膣	非経膣	
胎盤剥離	自然	嵌頓・癒着・早期剥離	
軟産道	開大順調	強靱	
分娩所要時間	初産 30時間未満 経産 15時間未満	急産	遷延
分娩時出血量	500ml未満	500ml以上	
母体の損傷	会陰切開 会陰裂傷 第2度まで	頸管裂傷・子宮内反症 子宮破裂・会陰裂傷 第3度以上	
児の障害	無	Fetal distress 新生児仮死 分娩による障害ないし死亡	

\*社会的適応を除く

(表2) 分娩費請求の基本原則

I. 療養の給付にならない分娩料	医師の技術料 分娩時の看護料 =分娩料(自費)
II. 療養の給付になったものの分娩料	1) 産科手術およびこれに伴う処置料等(保険) 2) 分娩介助料(自費) *分娩介助料はI.の分娩料を上回らないこと
III. 帝王切開術の場合	帝王切開術+帝切時分娩介助料 (保険) (自費)
IV. 休日・時間外加算等 (初診・再診に引き続き、処置・手術が行われた場合)	1) 分娩料(自費)加算あり 2) 分娩介助料(自費)加算あり 3) 帝王切開の分娩介助料(自費)加算なし 4) 手術料等(保険)加算あり

付となった場合の診察料は原則として再診料で算定する。

- 2) 妊産婦に妊娠・分娩と関連のある疾病が発生し、療養の給付となった場合の診察料は原則として再診料とする。

となるが、産科医は、“保険で診療を行った同一日に定期健診料を自費で同時に徴収することは原則としてできない”。

### 分娩・産褥に関する療養給付

分娩・産褥の医療に関しては、異常が認められ、その治療が必要なものは療養の給付(保険)として扱われる。

正常分娩に対する医師の管理および助産等は、療養の給付の対象とはならないので、その費用はすべて自費で請求する。

#### 1. 正常分娩と異常分娩

医療保険の立場からは、医師が疾病と認めて診療(手術・検査・投薬など)を行った場合を異常分娩、それ以外を正常分娩としている。表1は日母社保部で分娩各因子の正常、異常の区別を検討したものであり、異常の項は保険の対象となる。分娩時の療養給付では、分娩促進又は出産を安全に導くために予防の目的で行った結果、異常がなかった場合の手術・処置など(会陰切開および縫合術、会陰(腔壁)裂創縫合術など)は療養(保険)の給付の対象とならない。療養給付の決定はあくまで主治医の判断によるが、その対象をよく理解して運用する必要がある。

#### 2. 分娩費の請求

分娩の費用に対する請求(表2)は、自費分、保険分が明確でなければならない。特に一部が保険の給付になった場合の自費分は、その明細がはっきりと理解できるものでなくてはならず、ルールに従った運用が必要である。

分娩料とは正常分娩(分娩が全く療養の給付にならない)の場合の用語であり、「医師の技術料+分娩時の看護料」を総称したものである。

分娩介助料とは、分娩時に異常が発生し、鉗子分娩術、吸引分娩術、帝王切開術等の産科手術およびこれに伴う処置等が行われ、入院、産科手術等の療養の給付(保険)になった場合の用語である。

## おわりに

医療保険制度の仕組みや、産婦人科における保険診療上のルールについては既に本研修コーナーのシリーズで詳しく述べられているので参照されたい。日常の産婦人科診療においては、疾病に対するものと、リプロダクションすなわち妊娠・出産という生理的な身体条件である疾病でないものを取り扱う特殊な診療形態があり、これに関連した我が国の医療保険の給付の仕組みには、分娩に対する給付として、健康保険から出産・育児一時金又は助産費としての現金給付が行われ、一方療養の給付（保険）になった場合は現物給付、現金給付の両方が給付されることになっている。このことはよく問題とされ、現物給付（全部保険で扱う）論がしばしば論じられることも事実であり、現行の医療保険のルールを逸脱しないように運用することが必要である。

### 《参考文献》

- 1) 前原大作. 保険診療とその仕組. 日産婦誌 1989; 41: N-138—N-141
- 2) 新家 薫. 産婦人科診療と保険. 日産婦誌 1989; 41: N-158—N-161
- 3) 前原大作. 分娩管理と分娩費用(健康保険を含む). 周産期医学 1993; 23: 1047—1050