

# 「妊婦加算」に関する一考察

早稲田大学教授

野口 晴子



## 1. 凍結された「妊婦加算」

2018年4月の診療報酬改定により導入された妊婦加算は、「①胎児への影響に注意して薬を選択するなど、妊娠の継続や胎児に配慮した診療が必要であること」、また、「②(尿路感染症、虫垂炎やバルボウイルスB19感染症等に代表される)妊婦にとって頻度の高い合併症や、診断が困難な疾患を念頭に置いた診療が必要であること」等、科学的根拠に基づく妊婦特有の「リスク」に対応する特別な配慮が外来診療において必要であることから、妊婦の初診料・

再診料・外来診療料に対して新設された加算である。

周知の通り、日本の医療は、市場メカニズムによらず、国民皆保険制度の下、「診療報酬点数制度」と「包括医療費支払い制度(DPC/PDPS)」によって、公的に価格を決定していることから、「加算」とは、診療現場におけるこうした「特別な配慮」、言い換えれば、提供される医療サービスの質に対する「評価」、ないしは、質を担保するために必要な「コスト」に見合う「報酬」を意味していることになる。

具体的な加算額については、医療費の窓口負担が3割の場

合、初診であれば、診療時間内では約230円、診療時間外・休日受診で約350円、深夜受診で約650円、再診の場合では、診療時間内で約110円、診療時間外・休日受診で210円、深夜受診で510円がそれぞれ自己負担として、患者である妊婦に請求される(ただし、通常の妊婦健診のみの場合は加算の対象外)。仮に、こうした妊婦自身に対する窓口負担を「公費」で支出した場合の総予算規模は、10億円程度と試算されているが、現在の40兆円を超える医療費全体から見れば微々たる額に過ぎない。

妊婦加算は、2018年秋以降、J.Wildes等のソーシャルネットワークを含む様々なメディアで、政府が推し進めている少子化対策の理念に逆行する「妊婦税」と厳しい批判にさらされ、また、それが小泉進次郎氏により、自民党・厚生労働部会でただちに議論の俎上に載せられたこともあり、瞬く間に大きな社会問題となった。結果、何とも慌ただしく、同年12月19日

の中医協で、当該加算については、「2019年1月1日から当面(別に厚生労働大臣の定める期日まで)、凍結する」との答申を厚生労働大臣に行うという、暫時的な政治決着をみるようになった。

## 2. 医療サービスの特殊性——「情報の非対称性」——

既にメディア等でも指摘されているが、妊婦加算に対する患者の不安や憤りの原因は、治療や投薬ではなく単にコンタクトレンズの処方に対して加算された、あるいは、会計時において妊婦であることが判明し、いきなり加算されたといった事例にもみられるように、前節で述べたような妊婦特有の「リスク」に対する診療現場の「配慮」や「ケア」があったとは必ずしも言い難い状況で、十分な説明がないまま、これまでより高い請求額を提示されたことによる。

こうした状況に至った要因の一つには、医療の特殊性があるだろう。通常、私たち消費者は、日常的に消費するモノやサービ

スを自分たち自身で選択している。しかし、どの医療サービスを利用するかについての意思決定を、消費者である患者やその家族のみで行うのは不可能である。なぜならば、患者自身が医療供給者でない限り、私たちは医療に関する専門知識もなく、訓練も受けていない「素人」であるため、自分にとって最善・最適な医療サービスが何なのかという最終判断を下すことはできない。では、誰がその判断をしてくれるのか。それが、患者の「代理人」である医療供給者である。さらに言えば、患者にとっては、この代理人が選択し、代理人によって提供を受けた医療サービスの質に対し、客観的な評価を行うことも難しい。

このように、医療サービスは、私たちが日常的に消費するモノやサービスとは異質な特殊性を有しており、消費者である患者本人と代理人・生産者である医療供給者との間に、ある種の不平等な状況がある。今回のコンタクトレンズの処方に対する妊婦加算や窓口での理不尽な対応

は、故意であったかどうかは別として、医療機関が患者に対する自分たちの優位な立場を利用した事例といえる。ちなみに、経済学では、こうした状況は「情報の非対称性」と呼ばれ、患者と医療供給者に代表される関係性については、「本人—代理人モデル」という理論が確立されている。

妊婦加算新設の政策目的は、皮肉なことに、当該加算を批判する立場と同じく「少子化対策の一環として」、妊婦や胎児の健康と生命を守るために、妊婦に対し提供される医療の向上を自途とするということであった。妊婦加算が凍結されてしまったため、こうした加算規模で供給者側にとの程度医療サービスの質を向上するインセンティブが働くか、中・長期的なデータによる検証が現時点では難しくなってしまった。しかし、「情報の非対称性」が原因となつて、提供される医療サービスの質の如何にかかわらず、患者である妊婦本人が加算に見合う「付加価値」を少なくとも

主観的には感じることができない場合は、たとえ数百円であったとしても、自分の財布から余分に支払うことについて、「NO」と言い続けるかもしれない。

## 3. 「べき論」から「インセンティブ」へ

妊婦加算に対し、少子化対策の理念に反する、あるいは、妊婦であるかないかに関わらず、全ての患者に対し同等に十分な配慮をすべきといった、政策担当者や医療提供者の倫理観や道徳観を問う規範的観点からの批判については、制度設計の根幹に据えるべき重要な考え方ではある。しかし、こうした「べき論」は、政策目的が達成されるように制度を効果的に運用・機能させるためのロジックとしては、必ずしも有効とはいえない。たとえば、医療サービスの生産者である病院や診療所に、倫理的立場から、「リスク」の高い妊婦に必要な特別な「配慮」を無料(タダ)で提供「すべき」という論理を押し付けるとい

ことは、それに伴う人的・金銭的「コスト」を自腹で丸抱えせよと言っていることと同義である。自らが直面する「コスト」に対する評価や報酬がないまま、道義的責任のみを押し付けられ、患者と同様、医療供給者も「NO」を突きつけた結果になってしまいかもしれない。

妊婦に対する外来診療に必ずしも積極的でない医療機関が存在することも事実で、極端ではあるが、過去には「妊婦のたらい回し」等のケースもあった。経済学では、妊婦に限らずリスクの高い患者の受け入れを拒否する医療供給者の行動を「ダンピング行動」と呼ぶことがあるが、制度設計に際しては、医療供給者も患者と同様、決して「聖人君子」ではなく、自らの収益の向上を念頭に置いて行動する主体であることを忘れてはならない。また、医療供給者の側も、「情報の非対称性」を認識し、患者が付加価値を認め、進んで支払い意思を表明してくれるよう、十分な説明責任を果たす必要がある。