

## アメリカの医療制度と財政政策

——ホスピスを中心として——

はじめに

我が国では、高齢化による医療受診者数の増加や高度な医療技術の導入に伴う医療受診者一人当たりの医療費の高騰により、総医療費の急増が深刻な問題となっており、この現状を打開するための医療制度改革が政治的課題となっている。しかし、この「医療」制度改革においては、主として治癒を目的とする「医療」が念頭におかれており、ホスピスが提供するような治癒自体を目的とはしない「医療」は無視されているような印象を受ける。

たしかに、我が国ではホスピス（主に緩和ケア病棟）の数は非常に少なく、その社会的認知度は低い。これは、大部分の者が病院で亡くなっているという現状を反映してい

今 村 みづ穂

るのであるが、今日、患者個人の自己決定権が重視される傾向にあることを踏まえると、一般の病院では提供することができない苦痛の緩和を目的としたケアを提供するホスピスは、医療機関として今後有力な選択肢になりうると思われる。実際、アメリカでは、ホスピス事業者数がここ二〇年間で急激に増加しており、それに伴って、ホスピス患者数も増加し、ホスピスに対する社会的認知度が高まってきている。

このような我が国とアメリカとのホスピスの普及状況における差異に関心を持ったことが、筆者がアメリカのホスピス政策について研究を始める契機となっている。本稿では、特に医療制度とその財政との関係に着目し、連邦政府の医療制度に関する財政政策がアメリカにおけるホスピス

の普及・発展に及ぼした影響を明らかにするとともに、アメリカにおけるホスピス政策の最近の動向として、一九九七年の財政均衡法 (the Balanced Budget Act of 1997) について考察することとする。

### 一 アメリカにおけるホスピスの概況

ホスピス・ケアとは、一般に、苦痛と症状の管理・軽減、患者と家族への心理的ケア、学際的チームによる継続的なケアと理解される。<sup>(1)</sup> 近代ホスピスの始まりは、一九六二年にイギリス人シシリー・ソングダースがロンドンに創設したセント・クリストファー (St. Christopher) ホスピスであると言われている。<sup>(2)</sup>

アメリカにおけるホスピスの本格的な発展は、一九七四年にシシリー・ソングダースの影響を受けてコネチカット州ニューヘブーンに設立されたホスピスに始まる。<sup>(3)</sup> それから約四半世紀後の二〇〇〇年には、ホスピス事業者数は三二〇〇、ホスピス患者数は七十万人に上った。<sup>(4)</sup> 我が国では、ホスピスの形式が異なるため単純に比較することはできないが、二〇〇一年五月時点で施設数八七、病床数六一一四床 (患者数については公式には確認されていない)<sup>(5)</sup> であるこ

とから、アメリカにおいてはホスピスが非常に普及していることが分かる。

このようにアメリカにおいてホスピスが急激に普及・発展した要因の一つは、一九八二年に成立したメディケア・ホスピス・ベネフィット (Medicare Hospice Benefit) が、ホスピス・ケアを主に高齢者 (六五歳以上) を対象とする公的医療保険であるメディケア (Medicare) の給付対象としたことによって、メディケアからホスピス事業者に対してホスピス・ケアにかかる費用が償還されることになったことである。ホスピス・ケアはメディケア以外の保険<sup>(7)</sup> から給付されるが、二〇〇〇年にはホスピス患者の約八十%が六五歳以上でありメディケアの受給資格を持つことから、ホスピス事業者の収入の大半はメディケアからの費用償還によるものであると推測できる。<sup>(8)</sup> したがって、メディケアは、アメリカのホスピス・ケアの在り方に多大な影響を与えていると考える。そこで本稿では、メディケアによって給付されるホスピス・ケアに的を絞って論ずることとしたい。

なお、ホスピス・ケアとは一般に施設及び在宅におけるホスピス・ケアの両者を含むが、アメリカでは後者が主流

であることから、以下では、在宅におけるホスピス・ケアを念頭におくものとする。

## 二 メディケア・ホスピス・ベネフィット

### (一) メディケア

前述したように、メディケア・ホスピス・ベネフィットは、ホスピス・ケアをメディケアの給付対象としたものである。メディケアは、一九六五年に成立し、主に六五歳以上の者及び障害者を対象とした公的医療保険であり、基本的に雇用期間中に一定以上の期間にわたって保険料(給与<sup>(9)</sup>税)を支払った者が受益者としての資格を得る。メディケアは、主に入院医療費を給付するパートAと主に医師への支払及び外来医療費を給付するパートBとに分かれている。パートAは強制加入であり、受益者は月々の保険料を支払う必要はない。パートBは任意加入であるが、受益者はパートAの有資格者であることが前提であり、月々の保険料を支払う必要がある。このうちホスピス・ケアはパートAに含まれている。メディケアには六五歳以上の者の九五%と障害者の多くが加入しており、一九九九年時点でメディケア受益者は約三九〇万人、<sup>(11)</sup>メディケアの支出は約

二二〇億ドル<sup>(12)</sup>であり、国民医療費、一億二二八億ドル、の約一八%<sup>(13)</sup>を占めた。

国民皆保険制度を採用していないアメリカにとって、メディケアは、受益者を限定しているものの、主に貧困者を対象とする公的医療保険であるメディケイド(Medicaid)とともに、アメリカ国民の医療保障に大いに貢献していると言える。しかし、現在、メディケアは重大な財政危機に直面している。

その要因として、第一に、一九四六年から一九六五年に出生したベビーブーマー世代の高齢化を挙げることができる。国勢調査によると、全人口に対する六五歳以上の者の割合は、二〇一〇年には一三・二%、二〇三〇年には二〇%を占めると推定されている。さらに、医療技術の進歩により老人の二層の高齢化が進み、八五歳以上の者の全人口に対する割合は、二〇一〇年には一・九%、二〇三〇年には二・五%になると推定されている。<sup>(14)</sup>これらの推計から、近い将来、メディケア適用対象者が爆発的に増加することが予測される。その一方で、勤労者の高齢者に対する比率は減少傾向にあるため、医療費の高騰と相俟って、メディケアの財政が悪化することは容易に予想される。<sup>(15)</sup>

第二に、医療機関による医療費の不正請求と過剰使用を原因とする連邦政府の資金の損失を挙げることができる。

一九八〇年代からそのような状況が徐々に深刻化し、一九九一年に、連邦議会は医療機関に対する取締りを強化することを目的として、アメリカ合衆国量刑委員会要綱 (the

United States Sentencing Commission Guidelines) を制定した。この要綱は、医療供給者に対して、不正請求を防止するために「遵守プログラム (compliance program)」の自発的な策定を促すことを目的とし、このプログラムを策定した医療供給者については、その従業員によって不正請求が行われた場合、使用者としての刑事責任を軽減することとした。しかし、そのような対策にもかかわらず、一九九八年にはメディケアの予算の約一〇％に当たる二〇〇億ドルが、メディケアから医療機関や保険者に対して不正に支払われており、問題の根本的な解決には至っていない。

(二) メディケア・ホスピス・ベネフィットの成立過程

連邦レベルで初めてホスピスに関する討議が行われたのは一九七二年のことであり、上院特別委員会において、「尊厳ある死…公共の問題に関連する質問」(Dying with

Dignity: An Inquiry into Related Public Issues) につ

いての公聴会が開催された。この公聴会により、連邦政府は少なくとも末期患者やその家族の実状と問題点を認識することとなった。また、一九七〇年代になると、医療技術の急速な進歩により医療費の高騰が問題化し、特に死の前(最後の一年)<sup>(17)</sup>の医療費が非常に高額であるということが認識され始めた。実際、メディケアにおいては、一九七六年に死亡した者の六五％はメディケア受益者であり、その数は受益者全体の六・四％であったにもかかわらず、彼らに対する支出は、メディケアの全支出の三分の一を占めていた。<sup>(18)</sup>このような状況を背景にホスピスの費用削減効果が注目を浴びるところとなり、メディケアの医療費削減を目的として、ホスピス・ケアをメディケアの給付対象とするメディケア・ホスピス・ベネフィットの創設が検討されることとなった。また当時、訴訟を通じて治療の中止・拒否及び死ぬ権利が確立し、その結果、積極的な治療ではなく緩和ケアのみを提供するホスピスの存在が法的・倫理的に認められたことも、メディケア・ホスピス・ベネフィットの導入の是非が連邦議会で論じられることを可能にしたと言うことができる。

メディケア・ホスピス・ベネフィットの導入賛成派は、医療費は特に死の直前に高額になる傾向にあるため、連邦政府は末期患者に対して病院での治療よりも費用が低額であるホスピス・ケアをより多く利用させることで、医療費の削減を図ることができる、と強く主張した。他方、アメリカ病院協会 (the American Hospital Association: AHA) 及びブルー・クロス・ブルー・シールド協会 (the Blue Cross/Blue Shield Association) 等の導入反対派は、ホスピスの費用効率性に対して懐疑的であり、また、メディケアは治る見込みのある者に対する医療(治療)を給付するものであり、末期の患者のように死にゆく者に対するホスピス・ケアまでも給付すべきとする必要性・必然性に対して強い疑問を呈した。<sup>(22)</sup>

しかし、ホスピス・ケアの費用効率性に関して肯定的である多くの調査結果が、そのような反対派の主張を退け、メディケア・ホスピス・ベネフィットの導入を押し進めた。特に、議会予算局 (the Congressional Budget Office: CBO) が行ったホスピス・ケアの費用及び支出に関する調査では、メディケア・ホスピス・ベネフィットを導入した場合、ホスピス・ケアの利用者は、病院で治療を受ける

よりも、一人当たり一二〇ドルもの費用を削減できるという結果が得られた。<sup>(22)</sup>

また、メディケア・ホスピス・ベネフィットの成立には、政治的思惑も影響していた。一九八〇年から始まったレーガン政権のもとで社会サービスを削減してきた連邦議会にとって、連邦政府がホスピス・ケアのような博愛主義的なプログラムを支持することは政治的見地から有益であり、政治家にとってホスピス・ケアは、国民の支持を得る手段でもありえたのである。<sup>(23)</sup>

こうして、一九八二年に、メディケア・ホスピス・ベネフィットは、課税の公平並びに財政責任に関する法律 (the Tax Equity and Fiscal Responsibility Act: TEF-RA) の一部として成立し、一九八三年から施行されることとなった。<sup>(24)</sup>

### (三) メディケア・ホスピス・ベネフィットの内容

メディケア・ホスピス・ベネフィットとは、メディケアがメディケア受益者に対してホスピス・ケアを給付する制度である。ここでいうホスピス・ケアとは、メディケアによって認可されたホスピス事業者が、末期疾患をコントロールするため、医師とホスピス事業者の従業員で構成さ

れる学際的チーム<sup>(25)</sup>により、彼らによって作成された患者個人個人のケアプラン<sup>(26)</sup>に従って、治療ではなく苦痛の緩和を目的としたケアを提供することを意味する<sup>(27)</sup>。以下で紹介するメディケア・ホスピス・ベネフィットの内容は二〇〇〇会計年度のものである<sup>(28)(29)</sup>。

### 1 費用償還方法

ホスピス事業者がメディケア・パートAの受益者に対してホスピス・ケアを提供した場合、そのホスピス事業者がメディケアから直接費用を償還される。こうしてホスピス事業者は、経営基盤の安定を得ることができるようになった。具体的には、患者一人一日当たり一定額<sup>(30)</sup>(ケアの程度に応じて四段階)がホスピス事業者に対して支払われる。

このような償還方法は、一般に定額払方式 (Prospective Payment System: PPS) と呼ばれる。

### 2 ホスピス・ケアの程度

ホスピス・ケアの程度は、通常の在宅ケア<sup>(31)</sup>、継続的在宅ケア<sup>(32)</sup>、入院による一時療養<sup>(33)</sup>、一般的な入院によるケアの四つに分類され、ケアの程度によって償還額も異なる。二〇〇〇会計年度の償還額は、順に九八・九六ドル、五七七・五九ドル(時給二四・〇七ドル)、一〇二・三七ドル、四四

〇・二二ドルである<sup>(35)</sup>。そのうち、入院による一時療養及び一般的な入院によるケアの提供は、ホスピス・ケアの提供全体の二〇%以内と規定され、その結果、施設よりも費用が低額である在宅でのホスピス・ケアが促進されることになった<sup>(36)(37)</sup>。

### 3 ホスピス受益者

患者がメディケア・ホスピス・ベネフィットを通してホスピス・ケアを受けるためには、その患者はメディケア・パートAの受益者である必要があり、医師から「病気が末期疾患であり、通常の病気の進行であれば余命が六ヶ月以内である」と診断された者でなければならない<sup>(38)</sup>。

### 4 自己負担

外来での処方薬と入院による一時療養について少額の自己負担はあるが<sup>(39)</sup>、その他のホスピス・ケアについては患者の自己負担はない。したがって、ホスピス・ケアを受けるにあたり患者はほとんど自己負担を支払う必要がない。

### 5 ホスピス事業者

ホスピス事業者がメディケアより費用償還を受けるためには、そのホスピス事業者は、連邦法である「参加条件 (Conditions for Participation)」及び州による規制要件

を満たし、<sup>(40)</sup>メデイケアによる認可又は第三者評価機関である医療機関認定合同委員会 (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization: JCAHO) による認定を受ける必要がある。<sup>(41)</sup>二〇〇〇年時点では、全ホスピス事業者の九一％がメデイケアの認可を受けており、五五％が医療機関認定合同委員会の認定を受けていた。<sup>(42)</sup>

## 6 財源

メデイケア・ホスピス・ベネフィットはメデイケア・パートAにより給付されることから、財源は主にメデイケア受益者が雇用期間中に支払った保険料(給与税)である。ホスピスに対する支出は二〇〇〇年時点では約二八億ドルであり、<sup>(43)</sup>メデイケア総支出二一五〇億ドルの約一・三％を占めていた。

## (四) 問題点

メデイケア・ホスピス・ベネフィット成立以前は、ほとんどのホスピス事業者がその運営資金を寄付に頼っていたが、メデイケア・ホスピス・ベネフィットの導入により、ホスピス事業者は安定した経営基盤を確立することができた。しかし、メデイケア・ホスピス・ベネフィットについては、様々な矛盾が露見し始めており、ホスピス事業者に

対して深刻な問題をもたらしている。

### 1 遅すぎる照会

ホスピス患者の疾患はがんが最も多く、二〇〇〇年時点では全ホスピス患者の五七％はがん患者であった。<sup>(44)</sup>その原因の一つとして、がん以外の疾患をもつ患者が特に末期の状態にある場合、その患者の余命を予見することが非常に困難であることが挙げられる。特にAIDSやうつ血性心不全の症状の予見は困難を極める。<sup>(45)</sup>しかし、患者がホスピス・ケアを受けるためには、その患者は、医師から「病気が末期疾患であり、通常の病気の進行であれば余命が六ヶ月以内である」と診断されなければならない。その結果、医師は患者、特にがん以外の疾患をもつ患者を、ホスピスへ照会することが遅れがちとなる。一九九四年の調査によると、患者がホスピス・ケアを受けた期間の中央値は三十六日であるが、患者の一五％はホスピス・ケアを受け始めてから一週間以内に亡くなり、二八％は二週間以内に亡くなっている。<sup>(46)</sup>

このようにホスピスへの照会が遅れることは、ホスピスと患者の両方に悪影響を与えることとなる。患者がホスピス・ケア受け始める際、ホスピス事業者の従業員は、患者

に適したホスピス・ケアを提供するために、非常に広範囲かつ時間を要する業務を行わなければならない。したがって、その患者がホスピス・ケアを受け始めて直ぐに死亡した場合、ホスピス事業者は多大な金銭的損失を被ることとなる。一方、ホスピス・ケアを希望する患者がホスピスへの照会を適切な時期に受けることができなかった場合、その患者はホスピス・ケアによる人間的かつ精神的・肉体的に快適な緩和ケアを受けることなく、その患者にとって不適切かつ不必要な身体に対する侵害的（と感じられるような）治療を受けることとなる。<sup>(47)</sup>

## 2 在宅ケアと介護者

メデイケア・ホスピス・ベネフィットは、入院によるホスピス・ケアの提供をホスピス・ケアの提供全体の二〇%以内に制限することで、ホスピス事業者が在宅におけるホスピス・ケアをより多く提供するように政策的に誘導している。その理由は、入院でのホスピス・ケアに要する費用よりも在宅でのホスピス・ケアに要する費用の方が低額であり、メデイケアの支出に対する削減効果がより期待できることにある。しかし、ホスピス・ケアのほとんどを在宅で提供することによって、患者やその家族は患者のケアに

かかる費用を介護という形で負担することとなる。つまり、患者やその家族はホスピス・ケアに対しては自己負担を支払う必要はないが、介護という無償労働を強いられることとなる。したがって、メデイケアが給付する一般の医療については患者の自己負担が高額（一九九六年当時年間平均二六〇五ドル<sup>(48)</sup>）であるにもかかわらず、ホスピス・ケアについては患者の自己負担を不要とした最大の理由は、患者及びその家族に対して介護の他に経済的負担を課すことによって、ホスピス・ケアの利用が妨げられることを連邦政府が危惧したためと考える。

また、今日、患者の介護者の存在が、ホスピス事業者からホスピス・ケアを受けるための実質的な要件であるかのように受けとめられつつある<sup>(49)</sup>。しかし、二〇〇〇年の統計では、六五歳以上の女性の約半数が配偶者を亡くし、六五歳以上の者の約三七%が独りで暮らしていることから、患者に介護者の存在を要求することは非現実的であると言える。さらに、核家族化や女性の社会進出に代表される社会変化により、家族、特に女性が介護者となることができるといふ仮定のもとに成り立っている現行の政策は、再検討する必要があると考える<sup>(52)</sup>。介護者を雇うことも理論的には



可能であるが、多くの高齢者にとって多大な経済的負担となることから、現実的な選択肢としては想定しにくい。

### 3 費用償還方法

メディケアの認可を受けたホスピス事業者は、ホスピス・ケアについて患者一人一日当たり一定額をメディケアから償還される。したがって、ホスピス事業者は、健全な経営を保つためには、ホスピス・ケアにかかる費用をメディケアの定める費用償還額以内に抑える必要がある。しかし、ホスピス事業者がメディケアの認可を受けるためには、少なくとも連邦法及び州の規制を遵守しなければならぬ。また、患者が臨時のサービスを必要とした場合及び予測不可能な状態に陥った場合、その費用は患者ではなくホスピス事業者の責任となる。したがって、実際にはメディケアによって予め定められた一日当たりの費用償還額を超過することがあり、収支事情が不確実であるため、ホスピス事業者の中にはメディケアの認可をあえて受けないものもある。

このように、ホスピス事業者は、常に費用償還額を超過する危険にさらされているにもかかわらず、メディケアからの費用償還額の範囲内で健全な経営及び一定程度のホス

ピス・ケアの質を維持しなければならないことから、ホスピス・ケアの効率化を図るなど一層の経営努力を強いられている。

他方、連邦政府は、このような費用償還制度を採っている限り、一定額以上の費用を償還する必要はなく、償還に要する費用のある程度事前に予測することができるため、財政運営上の危機に陥ることを防止することが可能である。

### 4 ホスピケ・ケアへのアクセス保障

ホスピス・ケアは、主なメディケア受益者である高齢者にとっては、メディケアの強制保険の給付内容であり、ホスピス・ケアについては患者の自己負担を不要とすることから、ホスピス・ケアへのアクセスは十分に保障されているようにも思われる。しかし、先述したように、余命が六ヶ月以内であるという医師による診断の要請及び在宅における介護者の必要性がホスピス・ケアへのアクセスを阻害している。メディケア・ホスピス・ケアへのアクセスの内容は、医療費を削減する代償として、ホスピス・ケアへのアクセスに対して障害を引き起こしているのである。また、人種によるホスピス・ケアへのアクセスの差も顕著(一九九五年時点、白人…八二%、黒人…八%、ヒスパ

ニック・二〇〇(53)であり、このようなアクセスの差異を解消することもこれからの課題であろう。

### 三 一九九七年の財政均衡法 (The Balanced Budget Act of 1997: BBA of 97)

#### (一) 目的・内容

一九九七年の財政均衡法(以下、財政均衡法とする)は、二(一)で説明したようなメディケアの財政危機を背景としてメディケアによる支出を削減することを主たる目的とし、メディケアによる支出を二〇〇二年までに総額一一五〇億ドル削減すると規定した。当時、メディケアの予算が約二〇〇〇億ドルであったことから、大幅な削減策と言えるが、メディケアのパートAを運営する信託基金が二〇〇一年には破綻すると予測されており、財政破綻を回避するためにそのような削減策が必要だったのである。その手段として、メディケア・プラス・チョイス (Medicare + Choice、メディケア・パートCとも呼ばれる) を創設し、メディケア受益者に対してマネジドケアの選択肢を広げ、マネジドケアへの加入を促した。つまり、医療の効率化と医療費の抑制を目的とするマネジドケアをメディケアに取

り込み(これをメディケア・マネジドケアと呼ぶ)、メディケアから医療施設への支払を抑制・削減しようとしたのである。(54)その他、在宅サービス事業者や病院に対する費用償還額の水準の引下げ、定額払方式(参照二(三)I)の対象範囲の拡大、医療費の不正請求・過剰使用の取締り強化等の措置も講じられた。(55)

以上の施策についての詳細は本稿の主旨と異なるため省略するが、メディケア・マネジドケアについては期待したほどの効果はみられなかったものの、財政均衡法全体としてはメディケアの支出削減に貢献したとも言える。二〇〇二年には当初の予定より八五〇億ドル多い二〇〇〇億ドルの削減が可能となる試算となり、一九九九年には、医療機関に対して制約を緩和する方向へ、財政均衡法の改正が行われた。(56)また、好景気も伴い、同年の財政収支は過去最大の七九〇億ドルの黒字となり、この財政黒字を前提として外来処方薬の給付を包含するメディケア改革案が議論されることとなった。(57)

(二) 一九九七年の財政均衡法によるメディケア・ホスピス・ベネフィットに関する規定

前述のように財政均衡法はメディケアによる支出の削減

を目的としたことから、支出が増加傾向にあるホスピス・ケアに対しても費用償還額の適正化・公平化による医療費削減を目指し、各サービスピス供給地域を基礎とする費用償還額の決定とホスピス費用報告書の作成とを規定した。以下、二つの規定の内容及びその影響・効果について論じる。<sup>(38)</sup>

1 各サービスピス供給地域を基礎とする費用償還額の決定<sup>(39)</sup>  
(1) 内容

財政均衡法は、通常の在宅ケアと継続的在宅ケアについて、その費用償還額をホスピス事業者の所在地ではなく、実際にホスピス・ケアが供給されている地域、つまり在宅ケアにおいてはホスピス患者の居住地ごとに定めることとした。各サービスピス供給地域の都市及び地方コード (Metropolitan Statistical Area (MSA)/Rural State Code) に対応し、かつ賃金レベルの地域差を反映する賃金指数がホスピス・ケアの費用償還額を決定することによって、各ホスピス事業者への費用償還額を適正かつ公平にすることを目的としたのである。ホスピス賃金指数は、一九九七年一月一日から二〇〇〇年九月三〇日の三年間に段階的に改定されることになり、四年目以降についての各コードに相当する賃金指数は、その時点で入手可能な病院の最新の賃

金資料をもとに修正されることとなった。<sup>(40)</sup> ホスピス・ケアの提供全体の九〇%以上は通常の在宅ケアであることから、その償還額の決定方法の変更は、ホスピス事業者にとって影響を及ぼすものと言える。

(2) 影響・効果

各サービスピス供給地域のコード番号に対応する賃金指数を基礎として費用償還額が決定され始めた一九九八会計年度から二〇〇一会計年度までの費用償還額の推移をみると、都市部では、一九九九年に前年よりやや減少しているものの、長期的傾向としてはほぼ横ばい状態(一%未満)にあり、地方部では若干増加(二・三%)している。したがって、両者を合わせた全体でもわずかに増加傾向にある。厳密な評価のためには物価上昇率等の要素を考慮する必要があるが、少なくとも各サービスピス供給地域の賃金指数を基礎として償還額を決定したことによって、著しい費用削減効果を上げることができた結論付けることはできないであろう。また、一九九八年から二〇〇一年の間に、ある特定の地域の費用償還額が際立って増加又は減少しているといった傾向もみられなかった。

次に、都市コードの認定基準と賃金指数が毎年見直され

るようになったことも、財政均衡法による変更点の一つである。<sup>(63)</sup>「地方」とは、一つの州内で都市部に認定された地区以外を意味することから、都市部の認定基準が変更されることによって、地方の範囲も変わる事となる。それに伴い賃金指数も変更されることから、医療費等が増加する状況下で、費用償還額が減少または横ばいとなった場合、特に経営基盤が脆弱である小規模なホスピス事業者の運営に深刻な影響を及ぼすようになることも考えられる。

また、より根本的な問題として、ホスピスの賃金指数が、従業員や賃金体系の異なる病院の賃金資料をもとに算定されていることの妥当性も疑問視されている。

## 2 ホスピス費用報告書の作成 (Hospice Cost Report)<sup>(64)</sup>

### (1) 内容

ホスピス費用報告書の作成は財政均衡法によって初めて導入されたものではなく、同様の報告書の作成は一九八〇年代後半にも導入されており、ホスピス・ケアの費用に関する全国的な資料を収集し、ホスピス事業者への償還額を正当化又は調整することを目的としていた。<sup>(65)</sup>しかし、これらの報告書によって収集された情報は、当時の情報処理システムの未発達を反映して正確さを欠いていたため、ホス

ピス・ケアに対する適正な償還額を導き出すものとして有効とはみなされず、その作成は廃止された。<sup>(66)</sup>

財政均衡法によりホスピス費用報告書が再び導入されたことについては、少なくとも二つの理由が考えられる。第一に、メディケアからホスピス・ケアへの支出が増加を続けていることから、<sup>(67)</sup>連邦政府は、ホスピス費用報告書の導入によって適正な費用償還額を設定することで、ホスピス・ケアへの支出を抑制しようとしたのである。なお、アメリカにおける高齢者人口の伸びは著しく、それに伴ってホスピス・ケア利用者も増加していることから、ホスピス・ケアに対する支出が今後さらに増加することが予想されている。一九九八年に五十四万人だったホスピス利用者は、翌年の一九九九年には七〇万人となり、この一年だけでも約三〇%増加したことになる。この七〇万人という数は、一九九九年に死亡した者の約二九%を占めた。<sup>(68)</sup>第二に、連邦政府はホスピス・ケアにかかる医療費の不正請求及び過剰使用を懸念し、費用報告書の導入によって費用償還額の詳細な使途を知ること、医療費の不正請求及び過剰使用の防止を目指したのである。一九九九年には、ホスピスに対して他の医療機関と同様に遵守プログラムを自主的に策

定するよう奨励した(参照二(一))<sup>(69)</sup>ことから、医療費の不正請求及び過剰使用に対する連邦政府の強い懸念を窺い知ることができるとは、

他方、ホスピス事業者にとっても、ホスピス費用報告書によって得ることのできるホスピス全般にわたる正確な全国規模の資料及び情報は、有益であると考えられている。

費用報告書に基づく資料は、ホスピス事業者が費用償還制度やホスピス事業者に対する規制等について連邦政府や議会に対抗するための材料を提供し、また、ホスピス・ケアの費用効率化の測定・促進に役立つからである。<sup>(70)</sup>

財政均衡法のもとでのホスピス費用報告書は、ホスピス患者、従業員、費用の支払人、ケアを提供する環境、ケアの程度及び費用の支出内容等に関する情報を収集し、それらの情報を連邦政府の定めに従って費用償還の対象となる項目とならない項目とに分類した結果、最終的に患者一人当たり一日のホスピス・ケアにかかる平均的な費用を計算することを目的とした。連邦政府は、費用報告書で収集された情報は将来費用償還額を更新するために用いるのであって、現段階では費用報告書によって費用償還額が適及的に調整されることはないとした。最初のホスピス費用報

告書の提出期限は、ホスピスの二〇〇〇会計年度(厳密には一九九九年四月以降の会計年度)の終了から五か月後となった。<sup>(71)</sup>例えば、一〇月一日から九月三〇日を会計年度とするホスピス事業者であれば、その事業者の第一回目のホスピス費用報告書の提出期限は、二〇〇一年二月二八日となる。

## (2) 影響・効果

ホスピス費用報告書の提出については、開始以前から多くの問題が指摘されていた。

第一に、ホスピス費用報告書の作成は、ホスピス事業者にとって新たな業務の増加を意味し、多大な負担となることが指摘された。医療保険財政庁(Health Care Financing Administration: HCFA)は、ホスピス費用報告書の作成には平均で一七六時間、時給二〇ドルとして三五二〇ドルを要すると概算しているが、ホスピス事業者は、報告書を作成するための費用を支給されるわけではない。<sup>(72)</sup>特に、ホスピス費用報告書作成に必要な資料を収集するシステムが存在しない小規模なホスピス事業者は、その報告書作成により多くの時間と経費を費やすこととなる。ホスピス費用報告書を作成するための資料収集に要するコンピュー

ター等の購入費用がホスピス事業者に支払われないのであれば、すべてのホスピス事業者に正確な報告書を提出させるといふことは、非現実的であるとすら言われている<sup>(73)</sup>。

第二に、ホスピス費用報告書の償還対象とならない項目に患者の家族に対して精神的ケアを提供する「死別のケア」が含まれたことは、将来的に死別のケアにかかる費用がホスピス事業者に償還されなくなる恐れがあることから、ホスピス事業者にとって重要な問題である。ホスピス事業者がメデイケアに認可されるために満たす必要がある「参加条件」には、ホスピスは、患者とその家族に対してカウンセリング・サービスを提供しなければならないと規定されている。なお、このカウンセリング・サービスは、患者の死後に患者の家族に対して行われる死別のケアを含み、患者の死後一年以上継続されなければならないと規定されている<sup>(74)</sup>。このように、死別のケアは、ホスピス・ケアにとって不可欠な要素であるにもかかわらず、そのための費用は償還対象とならない項目に分類されることになったのである。

そもそも死別のケアに要する費用の問題は、メデイケア・ホスピス・ベネフィット成立当初の一九八〇年代初め

に遡る。当時、メデイケア公認のホスピス事業者は死別のケアを提供しなければならないが、その費用をメデイケアは償還しない、ということとで連邦政府と議会との間で合意をみた。メデイケアは、メデイケア受益者への医療に対して資金を提供するものであって、第一義の受益者（患者）の死後、（メデイケアの受益者ではあるかもしれないが）ホスピス・ケアという視点からは受益者とは言うことができぬ患者の家族へのサービスに対して資金を提供する必要はないと考えたのである<sup>(75)</sup>。したがって、理論上は、メデイケア・ホスピス・ベネフィット成立当時から死別のケアに要する費用はメデイケアより償還されていなかった。

しかし、実際のところホスピス事業者は、経費の節約分を死別のケアに充てることによって、メデイケアから償還される費用から死別のケアにかかる費用を捻出していた。ところが、財政均衡法に基づいてホスピス費用報告書を作成するにあたっては、死別のケアに要する費用は償還対象とならない項目に分類されるとともに、その他のすべての経費について個別に明記することとされたため、以前のようにならぬメデイケアから償還される費用の一部を死別のケアに流用することが将来的には不可能になる恐れがある。現

在死別のケアに充てている費用は本来メデイケアから支払われるべきものではない費用として、近い将来、償還額から減額される、又は事業者からメデイケアへの払戻が義務付けられることが考えられるからである。このように連邦政府は、メデイケア・ホスピス・ベネフィットによりホスピス・ケアに対して支払われる償還額から、メデイケア受益者である患者自身と直接かかわりのないサービスにかかる費用を除外することによって、ホスピス・ケアへの支出を削減しようとしていると考えられる。

第三に、提出されたホスピス費用報告書によって集約された情報について、公開時期及び方法が明らかにされていない点を挙げる事ができる。また、その情報は将来費用償還額を改定するために利用されると規定されているが、その改定時期及び方法についても全く記されていない。この資料はホスピスにとっても非常に有益なものとなりうることから、可能な限り早期の公開が期待される。

以上のような問題はあるものの、ホスピス事業者に費用報告書の作成を義務付けた点は、高く評価すべきである。ホスピス・ケアの質を確保しつつ、コストを下げるためには、費用報告書による情報の収集・分析が不可欠であると

考えるからである。したがって、ホスピス費用報告書の作成は、ホスピス・ケアの質の確保と医療費の削減との両立に有効な施策であろう。しかし、ホスピス・ケアの効率化が医療費の削減方向へ過剰に作用することによって、ホスピス・ケアの質が損なわれる危険もある。このように、ホスピス・ケアの質の確保と医療費の削減という相反しやすい二つの要請のバランスをいかにして保っていくかということがこれからの課題となろう。

### おわりに

今日、アメリカにおいて、ホスピスは一つの医療分野として確立し、ホスピス・ケアの供給体制も整ったと言うことができる。その原動力は、連邦政府の医療費削減政策の一環として一九八二年に成立したメデイケア・ホスピス・ベネフィットによって、ホスピスの経営基盤が安定したことである。一九九七年の財政均衡法は、メデイケアの財政危機を打開することを目的とし、ホスピスへの費用償還額の適正化・公平化を追求することによって医療費の削減を図ろうとしたが、ホスピス事業者に経済的負担をかける結果となった。ただし、ホスピス費用報告書の導入について

は、ホスピス・ケアの質の確保と医療費の削減との両立に資するものとして評価できる。

このように、アメリカにおけるホスピスの成立から今日に至るまでの発展過程を振り返ると、連邦政府の財政政策はアメリカのホスピスの普及・発展に対して多大な影響を与えてきたことが分かる。ホスピスは、医療費の削減を目的とした連邦政府の財政政策、つまりメディケア・ホスピス・ベネフィットのもとで普及し、飛躍的に発展した。アメリカの医療制度は基本的に市場原理に委ねられていることから、連邦政府により政策的に発展の機会を与えられたという点において、ホスピスの普及・発展の在り様は非常に特異であると言える。しかし、その一方で、メディケア・ホスピス・ベネフィットにおけるホスピス・ケアに対する弊害も顕在化し、財政政策にホスピス・ケアを用いることの限界が露見し始めたように思われる。さらに、一九九七年の財政均衡法は、ホスピスへの費用償還額の適正化・公平化を目指したという点は評価できるものの、結果的にはホスピス事業者への経済的制約を強めるものとなった。つまり、ホスピスは医療機関として確立し、もはや連邦政府の庇護を必要とせず、ホスピスも他の医療機関同

様、市場原理に委ねられるべきである、という政策的判断がなされたと推測される。

このように、連邦政府のホスピスに対する政策は変容し始めている。しかし、ホスピスの持つ医療費削減効果は、現在のメディケアの財政危機を軽減するためには必要であると考えられるため、連邦政府の財政政策は、以前とは性格が異なるとしても、今後も、アメリカにおけるホスピスに影響を及ぼすものと予測される。したがって、今後のホスピスの動向についてもメディケアに関わる財政政策の行方を無視することはできないと考える。メディケアの財源は前述のように危機的な状況にあるが、現行のメディケアの給付対象ではない外来処方薬の給付は長年の国民的懸案であり、その創設は、現ブッシュ政権によるメディケア改革案に盛り込まれている。しかし、それは前政権時の財政黒字を前提としており、現在の経済状況の悪化はその創設を危ういものとする可能性がある。このような状況に対処するためには、連邦政府は、メディケア改革を通じて、一層の医療費削減政策をとらざるをえないものと思われる。連邦政府によって採られるであろう医療費削減政策については、ホスピスの医療費削減効果を重視し、ホスピスを



優遇するような措置を講じることも考えられる。しかし、ホスピス事業者に経済的負担を課すこととなった一九九七年の財政均衡法の効果を踏まえると、ホスピスに対して否定的な影響を与えるような政策が採られる可能性が高いと考える。具体的には、ホスピス患者に対する自己負担の設定やホスピス事業者に対する経済的負担の強化等により、ホスピス・ケアの質の低下、さらにはホスピス事業者の経営悪化を引き起こすことが予想される。こうした状況下においても、ホスピスが発展を続けていくためには、ホスピス・ケアの質の確保と医療費の削減という相反しがちな要求を両立させるための工夫が一層必要となると考える。

(1) 医師、看護婦、ソーシャルワーカー、カウンセラー等が含まれる。

(2) More, V. and Masterson-Allen, S. *Hospice Care Systems Structure, Process, Costs, and Outcome* New York: Spring Publishing Company. 12. (1987)

(3) アメリカと異なりイギリスでは施設によるホスピス・ケアが主流であり、セント・クリストファーホスピスも施設ホスピスである。 More and Masterson-Allen. (2)

1.2.

(4) ニューハンプンに誕生したアメリカ最初のホスピスは在宅看護のみ提供するものであった。 Butterfield-Picard H. and and Mango, J.B. *Hospice the Adjective*. Not the Noun. *The Future of a National Priority. American Psychologist* 37, no. 11: 1254. (1982)

(5) National Hospice Organization and Palliative Care Organization. *NHPCO Facts and Figures*. Database online <http://www.nho.org> (2001)

(6) 厚生科学研究「緩和医療供給体制の拡充に関する研究」班編『ホスピス・緩和ケア病棟の現状と展望』(あゆみコーポレーション(二〇〇一)九頁。

(7) ホスピス・ケアはメディケイド、民間保険においても給付される。

(8) National Hospice and Palliative Care Organization. (5).

(9) 使用者と従業員が賃金の一・四五%(計一・九%)に相当する額を保険料として支払っている。『保険と年金の動向』(厚生統計協会、二〇〇一)二八一頁。

(10) U.S. Department of Health and Human Services,

- Centers for Medicare and Medical Services. *Medicare Basics*. Database on-line. <http://www.medicare.gov> (2001)
- (11) U.S. Department of Health and Human Services. Health Care Financing Administration. *Medicare Enrollment Trends 1996-1999*. Database on-line. <http://www.hcfa.org> (2001)
- (12) National Association for Home Care. *Basic Statistics About Hospice*. Database on-line. <http://www.nahc.org> (2000)
- (13) U.S. Department of Health and Human Services. Health Care Financing Administration. *National Health Expenditures Projections*. Database on-line. <http://www.hcfa.gov> (2001)
- (14) U.S. Bureau of Census. *National Population Projections*. Database on-line <http://www.census.gov> (2001)
- (15) Bodenheimer, T., Grumbach, K., Livingston, B.L., McCaune, D.R., Oberlander, J., Rice, D.P., and Rosenau, P.V. *Rebuilding Medicare for the 21st Century*. Wisconsin: Curtis Printing, 6,7 (1999)
- (16) Pecclioni, L. An Introduction to Health Care Compliance. PriceWaterhouse Cooper LLP Photocopied. (2000)
- (17) Miller, P.J. and Mike, P.B. The Medicare Hospice Benefit: Ten Years of Federal Policy for the Terminally Ill *Death Studies* 19, 533, (1995)
- (18) More and Masterson-Allen. (2) 13.
- (19) In re Quinlan, 70 N.J. 10, 355 A. 2d 647 (1976), Superintendent of Belcherlow state school v. Saikewicz, Mass., 370 N.E. 2d 417 (1977)
- (20) アメリカで最も古くかつ最大の医療保険組合であり、ほぼアメリカ全土にわたる四七の地域密着型の保険会社から成り立つ。ブルー・クロスは入院保険を、ブルー・シールドは診療サービス保険を提供する。Blue Cross and Blue Shield Association. Database on-line. <http://www.bluecross.com> (2001). 興刊社全保障編集部『欧米諸国の医療総論』(法研'110000) 三三〇頁。
- (21) Bayer, R. and Feldman, E. Hospice under the Medicare Wing. *The Hastings Center Report*, December, 6, (1982)

(22) Bayer and Feldman. (21) 6.

(23) Keller, C.D. and Bell, H.K. The New Hospice Medical Benefit. A brief and somewhat irreverent history. *Postgraduate Medicine* 75, no.2: 72,73. (1984)

(24) Miller and Mike. (17) 535.

(25) 42C.F.R. § 418.68 (2000)

(26) ケアプランとは、ホスピス・ケアの基盤となるもので、患者一人一人に対して文書形でプランがたてられ、患者に対して施されるケアはそのプランに従うものでなければならぬ。ケアプランはケアを施す前に立てられなければならない。ケアプランは、状況に応じて再考、更新しなければならない。42

C.F.R. § 418.58.

(27) National Hospice Foundation. *The Medicare Hospice Benefit*. Database on-line. <http://www.hospiceinfo.org> (2001)

(28) 42C.F.R.(2000)

(29) U.S. Department of Health and Human Services, Health Care Financing Administration. Hospice Manual Chapter IV-Reimbursement for Hospice Care. HCFA-Pub. 21 (up-dated 2000) (以下、Hospice Manual と記す)。

ual と記す)。

(30) 42C.F.R. § 418.302 Hospice Manual 402.

(31) 通常の在宅ケアとは、看護、医師によるサービス、医療ソーシャル・サービス及びカウンセリング・サービスといったサービスをホスピスの従業員(学際的チーム)によって直接日常的に提供することをいう。このサービスは、連邦によって規定されたホスピスのメディケアへの「参加条件」で定義されているサービスだけでなく、患者一人一人のケアプランに従った治療やサービスも含まれる。42C.F.R. § 418.302. Hospice Manual 230.2, 402.1.

(32) 継続的在宅ケアは、患者が危機的な状況にある時のみ提供される。危機的な状況とは、患者の急な症状に対して苦痛を緩和するため、又は処置をするために、主として看護によるケアを必要としたときである。患者の介護者か患者に対して看護ケアを提供していて、その介護者かケアを提供し続けることを好まない、又は続けられなくなった場合も、危機的狀況といえる。このケアは時給で支払われ一日最低八時間、最長二四時間まで、日数に制限なく提供されないものである。42C.F.R. § 418.302. Hospice Manual. 230.3, 402.2.

- (33) 入院による一時療養は、患者の家族や介護者を支援するために、彼らに五日間の休息を与えるものである。その五日間は、ホスピスが、ホスピスの施設あるいは養護施設で患者に対してケアを提供する。そのケアは、在宅で受けるものとはほぼ同等のものである。在宅ケアが長く続いた場合、介護者によって一時療養は不可欠であるか、一時療養は償還される費用よりも実際はかなり高額であるという欠点がある。償還額超過分はホスピスの負担となる。42C.F.R. § 418.302. Hospice Manual, 230.1, 230.3, 402.3.
- (34) 一般的な入院によるケアは、病院における急な症状に対処するケアとはほぼ同じ、すなわち病気を治療することを目的として患者に対して看護（スキルド・ナースィング）と医学的処置を施す。しかし、一般的な入院によるケアもホスピス・ケアであり、患者の症状の緩和も目的とし、病院の医療従事者とホスピスの学際的チームとでサービスが提供され、患者の家族をも気遣い、彼らを心理的・精神的に支えるものでなければならぬ。42C.F.R. § 418.302. Hospice Manual 230.1, 402.4.
- (35) 42C.F.R. § 418.306 Hospice Manual 403 (up-dated reimbursement rates in 2001)
- (36) 42C.F.R. § 418.302.
- (37) Hospice Manual 405.
- (38) 42C.F.R. § 418.20. 末期患者のケア 42C.F.R. § 418.3 "Terminally ill"
- (39) 42C.F.R. § 418.400. Hospice Manual 410, 410.1, 410.2.
- (40) 42C.F.R. § 418.72.
- (41) Schmoll, B.L. and Dixon, C.E. "Quality Care in Hospice." Sheehan DC and Forman WB ed. Hospice and Palliative Care Concepts and Practice. 66. (1996)
- (42) National Hospice and Palliative Care Organization. (5).
- (43) National Association for Home Care. *Basic Statistics About Hospice*. Database on-line. <http://www.nahc.org> (2001)
- (44) National Hospice and Palliative Care Organization. (5).
- (45) American Survey. The Final Hurry: on death and dying (federal regulation of hospice services). *Economic*. Vol. 342, no. 8009: 32. (1997)
- (46) American Survey. (45) 32.

(47) Christakis, N.A. 1998. Predicting Patient Survival

Before and After Hospice Enrollment. *Hospice Journal*

13, no. 1/2: 72. (1998)

(48) 二六〇五ドルには、保険料、共同負担、外来処方薬、

菌科診療、眼鏡、補聴器等の費用が含まれている。ナース・

ホームの費用はここには含まれていない。一九九五

年のナース・ホームにかかる費用の年間平均は四六〇

〇〇ドルであり、その九%のみしかメディケアからは支払

われない。その他、メディケア・パートBの保険料は二

〇〇〇年時点月四五・五〇ドルである。以上のように、メ

ディケア受益者は高額な自己負担を支払う必要がある。

Bodenheimer et al (15). 12.

(49) 実際には介護者の存在がホスピス・ケアを受給する要

件として法律で規定されているわけではないが、便宜のた

めホスピスによっては患者に対して介護者の存在を要求す

る場合もある。

(50) McDonald, D. Non-admissions: The other side of

the hospice story. *American Journal of Hospice Care* 22

18. (1989)

(51) U.S. Bureau of Census. *America's Families and Liv-*

*ing Arrangements* March 2000. Database on-line:

<http://www.census.gov> (2001)

(52) Muller and Mike. (17) 531.

(53) National Hospice Organization and Palliative Care

Organization. (5).

(54) Lee, P. and Benjamin, A.E. "Health Policy and the

*Politics of Health Care.*" In William SJ and Torrens PR,

ed. *Introduction to Health Services* (5th ed.). Albany,

New York: Delmar Publishers, Inc. 462,463. (1999)

(55) 週刊社会保障編集部・前掲注(9)二四八頁。

(56) Bank of America. *Industry Review and Outlook* ~

*Third Quarter 1999. Balanced Budget Act Relief.* Data-

base on-line. <http://www.w3.knowledgespace.com>

(2000)

(57) 『厚生指針 保険と年金の動向』(厚生統計協会、二

〇〇一)二八四頁。

(58) 各サービスクラス供給地域を基礎とする費用償還額の決定及

びホスピス費用報告書の作成は、実質的には二〇〇〇年か

ら始められたものであり、これらの規定がホスピスに実際

に与える影響に関するデータは未だ不十分であるため、現

- 時点ではその効果を断定することはできない。その影響・効果については、これまでで発表された公式な資料の他、各関係者がメディアを通して発表した意見等を参考として調べた。以下に示す。
- (55) Balanced Budget Act of 1997, P.L.105-33 Section 4442.
- (56) U.S. Department of Health and Human Services, Health Care Financing Administration. Medicare Program: Hospice Wage Index. *Federal Register*, Vol.63, no. 192: 53446(October, 1988), Vol.64, no.149: 42393(August, 1999), Vol.65, no.195:60072 (October, 2000), Vol.66, no.188:49454 (September, 2001), Hospice Manual. 404.
- (57) National Hospice and Palliative Care Organization. *Facts and Figures on Hospice Care in America*. Database on-line. <http://www.nho.org> (2000)
- (58) U.S. Department of Health and Human Services, Health Care Financing Administration (60)
- (59) U.S. Department of Health and Human Services, Health Care Financing Administration. (60).
- (60) 42C.F.R. §413.20, §413.24.
- (61) National Hospice Organization Despite Unanswered Questions, Hospice Must Complete. NHO Newsline No.15: 5 (1999)
- (62) Person, J.L. Implication of the New Hospice Case Report: Long Beach: California State Hospice Organization. Photocopied. (1999)
- (63) メディケアからホスピスへの支出額は、一九八九年から二〇〇〇年の間に約二億ドルから約一八億ドルと十倍以上増加した。以下に示す。
- (64) National Association for Home Care. *Basic Statistics About Hospice* Database on-line. <http://www.nahc.org> (2001)
- (65) National Hospice and Palliative Care Organization. (61).
- (66) Macel, J.J. Administrative Developments: OIG Issues Hospice Compliance Guidance. *ASLME Briefings* Winter. 3. (1999)
- (67) Person. (66).
- (68) 42C.F.R. §413.20, §413.24.
- (69) Health Care Financing Administration. Supporting Statement for Hospice Cost Report and Support-

- ing Regulations Contained in 42C.F.R. § 413.20 and § 413.24. HCF A-R-249 (1998)
- (73) National Hospice Organization. (65) 1-7.
- (74) 42 C.F.R. § 418.88, § 418.88 (a) .
- (75) Stephan Connor, Vice President of National Hospice Organization. Interviewed. (1999)

(76) Hospice Manual. 409A.

二〇〇二年二月二十七日受稿

二〇〇二年三月二十八日レフェリーの審査

をへて掲載決定

(一橋大学大学院博士課程)